EXPOSÉ DE TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr LOGRE



PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

—

1923

TITRES ET FONCTIONS

I. — TITRES UNIVERSITAIRES

Lauréat au Concours général (1er prix, province, 1899).
Boursier de licence, 1903 (4e au concours).
Licencié de philosophie, 1904 (1er de licence).
Docteur en médecine, 24 avril 1913. Médaille de thèse.
Chef de Clinique psychiatrique à la Faculté de Paris, 1920-1921.

II. — TITRES HOSPITALIERS

Externe des hôpitaux, 1907-1908.
Interne des hôpitaux, 1909-1913 : *a*. service du Dr Deny, Salpêtrière, 1909-1910 ; *b*. Seglas, Salpêtrière, 1910-1911 ; *c*. Professeur Dupré, La Rochefoucauld, 1912-1913.
Médecin adjoint de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police (juin 1913).
Médecin en chef adjoint de l'Infirmerie spéciale (octobre 1921).
Médecin adjoint des asiles publics d'aliénés, 1er au concours (mai 1914).

III. — TITRES MILITAIRES

Médecin aide-major de 1re classe.
Aux armées du 9 août 1914 au 12 mars 1919.
Ambulance divisionnaire 56/9, août 1914 à janvier 1916.
Médecin chef du centre neuro-psychiatrique de la Ve armée, janvier 1916 à mars 1919 (Épernay, Sézanne et Sedan).
Expert psychiatre près les conseils de guerre (Ve armée, puis groupe d'armées du Nord, janvier 1916 à mars 1919).
Croix de guerre, citation à l'ordre du jour du groupe d'armées du Nord, juillet 1918 :
«Resté à l'hôpital Abbé d'Épernay, malgré l'ordre de repli, pour procéder

à l'évacuation complète des malades, a été, pendant la nuit, victime d'un bombardement intense de sa formation; est resté plusieurs heures enseveli sous les décombres d'un local démoli par les projectiles. »

Médecin expert pour psychiatrie, au centre de réforme militaire de Paris, 1920-1923.

IV. — ENSEIGNEMENT PSYCHIATRIQUE

a. Leçons : Hôtel-Dieu, 1912 (service du Dr Caussade); infirmerie spéciale, 1913-1914; centre psychiatrique d'Épernay, 1917-1918; Cochin, 1921 (service du professeur Widal) ; Sainte-Anne : Chef de Clinique, 1920-1921; chargé des cours de l'Institut médico-légal pendant trois ans, 1920-1923.

b. Traités : 1. Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, de E. Sergent, L. Ribadeau-Dumas, L. Babonneix : État mental des hystériques. Manies. Obsessions.

2. Nouveau Traité de médecine, professeurs Roger, Widal, Teissier : Les toxicomanies (avec le professeur Dupré). Les principaux syndromes psychiatriques (sous presse).

3. Les grands syndromes psychiatriques, 1 vol. chez Doin. Bibliothèque publiée sous la direction du professeur Roger (à paraître).

LISTE CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX SCIENTIFIQUES

Considérations sur l'aphasie, d'après Von Monakow, avec Devaux (*Encéphale*, juillet 1908).

Mélancolie anxieuse et obsessions, avec le Dr Deny (*Soc. de psychiatrie*, mai 1909).

Des rémissions dans la démence précoce, avec le Dr Séglas (*Soc. de psychiatrie*, février 1910).

Délire imaginatif de grandeur, avec appoint interprétatif, avec le Dr Seglas (*Encéphale*, décembre 1910).

Torticolis mental, aspect parkinsonien, avec le Dr Séglas (*Revue neurologique*, décembre 1910).

Amnésie et fabulation. Étude du *syndrome presbyophrénique*, avec Devaux (*Nouvelle iconographie*, février 1911).

Les délires d'imagination, avec le professeur Dupré (*Encéphale*, mars-avril-mai 1911).

Section complète du nerf médian. Suture, guérison, avec les Drs De Martel et Bourguignon (*Revue neurologique*, juillet 1911).

De l'extension du gros orteil par la recherche du signe de Kernig (*Soc. de neurologie*, décembre 1911).

Leçons cliniques du professeur Dupré, recueillies par nous. — Psychoses hallucinatoires chroniques. — Les démences. — Les psychoses alcooliques. — La psychiatrie d'urgence, etc... (*Encéphale, Bulletin médical, Presse médicale*, 1911).

Hystérie et mythomanie, avec le professeur Dupré (*Congrès d'Amiens*, mai 1912).

Débilité mentale et débilité motrice, avec le professeur Dupré (*Soc. de psychiatrie*, mai 1912).

Réactions imaginatives dans un syndrome cénestopathique, avec le professeur Dupré (*Soc. de psychiatrie*, mai 1912).

Épanchement pleural puriforme, avec le Dr Caussade (*Soc. méd. des hôp.*, janvier 1912).

Méningite séreuse. Guérison par ponction lombaire, avec le Dr Caussade (*Soc. méd. des hôp.*, octobre 1912).

État méningé hypertensif, avec le Dr Caussade (*Soc. méd. des hôp.*, octobre 1912).

Méningite pneumococcique à porte d'entrée utérine, avec le Dr Caussade (*Soc. méd. des hôp.*, octobre 1912).

Œdème pulmonaire brightique infecté par le Talamon-Frænkel (*Soc. méd. des hôp.*, juillet 1912).

Plusieurs cas d'œdème pulmonaire infectieux par le Talamon-Frænkel (*Soc. méd. des hôp.*, juillet 1912).

Notes et impressions du Congrès de Tunis (*Paris médical*, juin 1912).

Les délires imaginatifs aigus, avec le professeur Dupré (*Congrès de Gand*, 1913).

Les œdèmes infectieux du poumon, Thèse, 320 pages. Steinheil, 24 avril.

Psychose hallucinatoire chronique à prédominance olfactive, avec Terrien (*Soc. de psychiatrie*, novembre 1913).

Le psycho-diagnostic de la paralysie générale, avec le professeur Dupré (*Journal médical français*, février 1914).

Maladie de Friedreich. Débilité mentale. Perversions instinctives, avec le professeur Dupré (*Soc. de psychiatrie*, mai 1914).

Les délires imaginatifs aigus (*Annales médico-psychologiques*, août-septembre 1914).

Sur un cas de méningite cérébro-spinale (*Réunion médicale de la Ve armée*, 1915).

Les délires guerriers dans la fièvre typhoïde, avec Devaux (*Presse médicale*, 23 septembre 1915).

Sur quelques cas de fugue pathologique (*Revue neurologique*, juillet 1916).

Volumineux hématome extradure-mérien frontal, avec le professeur agrégé Rocher (*Revue neurologique*, octobre 1916).

Les anxieux, préface du Dr Dupré, vol. in-8, 304 p. Masson. Couronné par l'Académie, 1917.

Un cas de paralysie du sciatique poplité externe, dû à la compression par la jambière, avec le professeur Mouchet (*Paris médical*, avril 1917).

Du réflexe galvano-psychique en neuro-psychiatrie, avec le professeur agrégé Zimmern (*Soc. de neurologie*, 7 juin 1917).

Utilisation du galvano-psychique, avec le professeur agrégé Zimmern (*Soc. de neurologie*, juillet 1917).

Poltronnerie morbide symptomatique de paralysie générale (*Réunion médicale Ve armée*, juillet 1917).

La tension artérielle dans les traumatismes cérébro-médullaires, avec Bouttier (*Soc. de neurologie*, décembre 1918).

Les troubles artériels et vaso-moteurs dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires, avec Bouttier (*Revue neurologique*, mai 1918).

La formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses, avec Mestrezat et Bouttier (*Bull. Acad. méd.*, mai 1918).

La formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses, avec Mestrezat et Bouttier (*Annales de médecine*, no 4, 1918).

Commotion et émotion, avec le professeur Dupré (*Bull. Acad. méd.*, 30 juillet 1918)

Commotion et émotion, avec le professeur Dupré (*Revue scientifique*, 2-9 novembre 1918).

Influence de la ponction lombaire sur les troubles vasculaires des traumatismes cérébraux, avec Bouttier (*Paris médical*, décembre 1918).

Séméiologie psychique des traumatismes cérébraux récents, avec Bouttier (*Paris médical*, mai 1919).

Sur un cas d'onirisme imaginatif (*Congrès de Strasbourg*, août 1920).

Idées d'influence symptomatique de manie, avec Heuyer (*Congrès de Strasbourg*, août 1920).

Hébéphréno-catatonie et encéphalite léthargique, avec le professeur agrégé Laignel-Lavastine (*Soc. de psychiatrie*, 17 juin 1920).

Syndrome psychique d'encéphalite léthargique ressemblant au syndrome hébéphréno-catatonique (*Soc. de psychiatrie*, 17 juin 1920).

Le hoquet épidémique, avec Heuyer et Fr. Bourgeois (*Soc. de neurologie*, décembre 1920).

Le hoquet épidémique, avec Heuyer et Fr. Bourgeois (*Gaz. des hôp.*, 20 décembre 1920).

Déséquilibre moteur et psycho-sexuelité, avec le professeur Dupré (*La Médecine*, février 1921).

L'état mental des hystériques, 60 pages. Traité de pathologie du professeur Sergent, 1921.

La conscience de l'état morbide chez les psychopathes. Rapport au Congrès du Luxembourg, 1921.

Les toxicomanies : Opium, morphine, éther, cocaïne, avec le professeur Dupré, 60 pages. Traité de médecine des professeurs Roger, Widal, Teissier, 1921.

Le professeur Dupré, son œuvre psychiatrique (*Encéphale*, octobre 1921).

Les formes psychiques de la grippe (*Pratique médicale française*, février 1922).

A propos des délires d'influence (*Soc. de clin. mentale*, 4 août 1922).

Essai de traitement préventif des états maniaques et mélancoliques, avec Santenoise (*Congrès de Quimper*, 1922).

Considérations sur les troubles psycho-moteurs (*Congrès de Quimper*, 1922).

Traitement des états mélancoliques par le choc : vaccination antityphique (*Soc. de psychiatrie*, octobre 1922).

A propos d'une récidive récente de hoquet épidémique (*Soc. de neurologie*, décembre 1922).

A propos d'une récidive récente de hoquet épidémique (*Gazette des hôp.*, 18 décembre 1922).

A propos de quelques cas d'onirisme auditif, avec Brousseau (*Soc. de psychiatrie*, février 1923).

Hystérie et mythomanie (*Bulletin médical*, avril 1923).

OUVRAGES A PARAITRE

Les principaux syndromes psychiatriques, Nouveau traité de médecine des professeurs Roger, Widal et Teissier (sous presse).

État mental des hystériques, *Nouvelle édition*, revue et augmentée. Traité de pathologie médicale du professeur Sergent et de MM. Babonneix et Ribadeau-Dumas (sous presse).

Manie et obsessions, avec Juquelier, dans le même traité (sous presse).

Les grands syndromes psychiatriques. 1 vol., chez Doin.

La pathologie de l'imagination et de l'émotivité, dans l'œuvre du professeur Dupré. Paris, Payot, 1923 (à l'impression).

ARTICLES A PARAITRE

La constitution neurasthénique.

L'état mental dans la fièvre typhoïde.

De la dysarthrie dans les états toxi-infectieux.

La notion de terrain en pathologie mentale.

Émotivité réceptive et « syntonie ».

Imagination à forme de rêverie et « constitution schizoïde ».

Formes d'anxiété constitutionnelle. Anxiété réactionnelle et anxiété spontanée.

Les délires d'influence symptomatiques.

Action des états fébriles, spontanée ou provoqués, sur l'accoutumance morphinique, avec le Dr Morat.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHAPITRE PREMIER

MÉDECINE GÉNÉRALE

Les œdèmes infectieux du poumon.

Nous ne retiendrons que notre thèse intitulée : *Les œdèmes infectieux du poumon*. La publication en avait été précédée d'un certain nombre de communications à la Société médicale des hôpitaux (en collaboration avec notre maître Caussade, qui nous a inspiré le choix de notre sujet).

M. le professeur Widal, notre président de thèse, voulut bien nous féliciter d'avoir ébauché, par une étude systématique, un « chapitre nouveau » de pathologie pulmonaire. On n'avait étudié, en effet, jusqu'alors, dans les traités de médecine, que les œdèmes mécaniques du poumon. De ce chapitre nouveau, nous avons formulé pour la première fois l'idée générale, car les travaux antérieurs de MM. Caussade et Milhit, Guillain et Laroche, ne concernaient que les œdèmes infectieux aigus. Les œdèmes subaigus, dont nous avons exposé l'histoire, présentent, eux aussi, un grand intérêt clinique : ils simulent, en effet, la pneumonie, la broncho-pneumonie et surtout, à cause de leur séméiologie « liquidienne », la pleurésie, d'origine *tuberculeuse*, alors que le microbe en cause est, le plus souvent, le pneumocoque (contribution à l'étude du polymorphisme des déterminations pulmonaires du pneumocoque). De même, les poussées d'œdème pulmonaire subaigu ou chronique, épanché autour des lésions tuberculeuses (œdèmes satellites, œdèmes péri-tuberculeux, lésions en « anis de Flavigny ») simulent fréquemment, à la base, des pleurésies, et, au sommet, des cavernes, qui n'existent pas. On conçoit donc l'importance capitale de ce diagnostic pour le pronostic et le traitement.

De ce syndrome (œdème infectieux du poumon, soit autonome, surtout

pneumococcique, soit satellite, surtout périturberculeux) nous avons apporté, en même temps que la conception d'ensemble, les principaux éléments de *séméiologie*, d'*anatomie pathologique*, d'*étiologie* et de *traitement*.

La notion de ces œdèmes pulmonaires infectieux, aigus, subaigus ou prolongés, a trouvé, dans les récentes *épidémies de grippe*, un regain d'actualité (fréquence des formes de congestion œdémateuse, plus ou moins voisines de la spléno-pneumonie. Rappelons, en particulier, sur ce point, les travaux de M. Ravaut et du professeur F. Bezançon).

CHAPITRE II

NEUROLOGIE

Nous exposerons, avec un peu plus de détail, mais de façon encore accessoire, nos travaux proprement neurologiques.

***

Considérations sur l'aphasie, d'après V. Monakov (*Encéphale*, juillet 1908).

Dans ce document d'actualité, et à l'occasion du débat entre les professeurs P. Marie et Dejerine, nous apportions l'opinion, intéressante et autorisée, du grand neurologiste suisse, qui a mis en valeur la notion de la *diaschisis*.

***

De la provocation du signe de Babinski, par la recherche du signe de Kernig, chez les hémiplégiques (*Soc. de neurologie*, déc. 1912).

Dans l'hémiplégie, avec tendance à la contracture, la recherche du Kernig, ou du Lassègue, peut provoquer l'extension du gros orteil : « petit signe » d'hémiplégie organique (décrit, sous notre nom, par le professeur Dejerine, dans sa Séméiologie des affections du système nerveux).

***

Syndromes méningés hypertensifs (*Soc. méd. hôp.*, déc. 1912).

Nous avons, avec notre maître Caussade, publié plusieurs cas de syndrome méningé aigu, fébrile, paraissant surtout en rapport avec l'hypertension du liquide céphalo-rachidien. La ponction lombaire, qui révélait avec évidence cette hypertension, suffisait, en pratique, à guérir le malade : le syndrome

méningé cessait aussitôt, tandis que l'état infectieux décroissait parallèlement ; ces sortes de « poussées fluxionnaires » céphalo-rachidiennes semblaient épidémiques et dues à un germe inconnu, sans autre modification nette, d'ordre céphalo-rachidien, que l'hypertension (ni leucocytose, ni albuminose).

*
* *

Section complète du nerf médian, suture, guérison, avec De Martel (*Revue de neurologie*, juillet 1915).

Cas intéressant de chirurgie d'urgence neuro-psychiatrique : un délirant mélancolique, dans une tentative de suicide, se sectionne entièrement le médian au-dessus du poignet ; suture deux heures plus tard ; *restitutio ad integrum* au bout de trois mois, avec retour des réactions électriques à l'état normal.

*
* *

Volumineux hématome extra dure-mérien frontal (*Revue de neurologie*).

Avec le professeur agrégé Rocher, de Bordeaux, nous avons, pendant la guerre, publié ce cas singulier d'hématome extradure-mérien traumatique, situé en avant de la zone décollable de Gérard-Marchant. Seule la séméiologie psychiatrique, avec torpeur progressive succédant à un réveil momentané (intervalle libre), sans signe de localisation motrice, pouvait assurer le diagnostic et commander l'intervention chirurgicale.

*
* *

Un cas de paralysie du sciatique poplité externe, dû à la compression par la jambière, avec le Dr Mouchet (*Paris médical*, avril 1917).

Cas curieux de paralysie traumatique du sciatique poplité externe ; la cause de cette paralysie, avérée en l'espèce (compression du nerf par la partie supérieure de la jambière au niveau du col du péroné) a sans doute provoqué, pendant la guerre, un certain nombre de paralysies du sciatique poplité externe dont l'étiologie a été méconnue.

***

Nous insisterons davantage sur les publications suivantes :

Formule céphalo-rachidienne des commotions nerveuses, avec Mestrezat et Bouttier.

Le diagnostic entre la commotion et l'émotion peut, dans la plupart des cas, s'établir objectivement par l'étude du liquide céphalo-rachidien, comme l'avaient déjà montré Ravaut, Guillain, et, à leur suite, plusieurs autres auteurs. Avec nos collègues et amis Mestrezat et Bouttier, dans un centre neuro-psychiatrique d'armée, nous avons tenté de préciser cette formule céphalo-rachidienne, en l'étudiant, comme Mestrezat l'avait déjà fait pour nombre d'affections nerveuses, dans ses divers éléments cytologiques et chimiques. Cette formule, d'aprés nos recherches, publiées à l'Académie de médecine (note présentée par le professeur P. Marie, mai 1918) et dans les *Annales de médecine* (nº 4, 1918), se caractérise par la dissociation ou plutôt l'*inversion albumino-cytologique*, avec ***albuminose*** (0,40 à 0,80 et plus, au lieu de 0,20 à 0,30, chiffres normaux) et ***dilution cytologique*** (moins de deux éléments par champ à la cellule de Nageotte, parfois 0,05), en l'absence de toute autre réaction physique ou chimique notable (chlorures normaux, sucre un peu augmenté, épreuve de la perméabilité méningée normale, hypertension légére à l'appareil de Claude). Ce syndrome, purement neurolytique semble-t-il, avec hypersécrétion céphalo-rachidienne et intégrité méningée, s'installait, d'ordinaire, au bout de deux ou trois jours (c'est pourquoi il était souvent méconnu par les auteurs se contentant de pratiquer une ponction lombaire immédiate) ; il durait, le plus souvent, deux à trois mois (ce qui explique aussi les résultats négatifs observés après plusieurs mois d'évolution). Pour le constater, de façon évidente et constante, il fallait recourir à des méthodes trés sensibles de dosage de l'albumine rachidienne (diaphanoscopie, méthode de Mestrezat).

Ses rapports avec la commotion étaient, d'ailleurs, démontrés par son évolution même : apparition rapide après le traumatisme, régression lente, puis retour habituel à la normale au bout de quelques mois. Les cas de commotion dans lesquels il existait une hémorragie méningée ont été éliminés de ce cadre : ils nous ont paru répondre souvent à des circonstances étiologiques un peu différentes (contusion, choc localisé sur le crâne, plutôt que commotion pure, par « vent de projectile »).

***

Séméiologie vasculaire des lésions cérébrales récentes.

A ce sujet se rapportent nos travaux sur la « tension artérielle dans les traumatismes cérébro-médullaires », avec Bouttier (*Soc. de neurologie*, déc. 1917) ; sur les « troubles artériels et vaso-moteurs dans les commotions et les blessures cérébro-médullaires », avec Bouttier (*Revue de neurologie*, mars 1918) ; sur l'« influence de la ponction lombaire sur les troubles vasculaires des traumatismes cérébraux », avec Bouttier (*Paris médical*, déc. 1918) ; sur « émotion et commotion », avec le professeur Dupré (*Bull. Acad. méd.*, 30 juil. 1918).

Dans notre service neuro-psychiatrique de la Ve armée et dans le centre de chirurgie cranienne de notre maître le professeur Lecène, nous avons, avec Bouttier, noté la fréquence et l'importance des *troubles artériels et vaso-moteurs, symptomatiques des lésions nerveuses centrales*, surtout récentes. Ces variations tensionnelles et oscillométriques se montrent, en général, plus précoces, plus sensibles et plus constantes que les troubles moteurs correspondants. Tel commotionné, tel blessé du crâne, qui n'a ni parésie avérée, ni Babinski, ni clonus du pied ou de la rotule, peut présenter cependant des modifications vasculaires, saisissables à l'oscillomètre, et décelant des troubles nerveux légers, en quelque sorte *suborganiques*.

Nous avons distingué, chez les commotionnés et les blessés du crâne, deux ordres de symptômes vasculaires : une séméiologie *diffuse* et une séméiologie *dimidiée*.

1° Séméiologie diffuse, où les troubles vasculaires paraissent égaux des deux côtés du corps. On peut observer :

a. Un syndrome d'excitation du tonus artériel, avec : *accroissement de l'amplitude des oscillations*, tendance à l'*augmentation de la pression différentielle* (surtout par élévation de la tention maxima) et à l'*augmentation de la durée des oscillations inframinimales* (1) (souvent perceptibles jusqu'à zéro). Ce syndrome répond surtout au cas d'*irritation* diffuse des centres nerveux (hémorragie méningée, compression superficielle, méningo-encéphalite légère, etc.).

b. Un syndrome de dépression du tonus vasculaire, avec : *diminution*

(1) Nous avons été parmi les premiers à attirer l'attention sur l'intérêt de ces oscillations, que nous avons appelées « inframinimales ».

souvent considérable de l'amplitude des oscillations et de la *pression différentielle*, élévation relative de la tension minima et *abolition des oscillations inframinimales*. Le syndrome d'inhibition, qui va parfois jusqu'à la sidération du tonus vasculaire, se rencontre principalement dans les cas de *lésions destructives* des centres nerveux (plaies pénétrantes, pertes de substance nerveuse, vastes délabrements, etc.). Ce syndrome présente des affinités évidentes avec l'état de « shock » dont la formule vasculaire a été étudiée par le professeur Roger (Le choc nerveux, *Presse médicale*, lundi 20 nov. 1916).

c. Un SYNDROME D'INSTABILITÉ VASCULAIRE : *variations anormales, spontanées ou provoquées, des réactions vaso-motrices et de l'état oscillométrique*, syndrome observé principalement dans les *états post-commotionnels*, et signalé déjà par quelques auteurs, notamment par M. J. Lépine, Camus et Nepper.

2° SÉMÉIOLOGIE DIMIDIÉE, c'est-à-dire unilatérale ou à prédominance unilatérale. Elle peut déceler, en l'absence de troubles moteurs marqués, de véritables « hémiplégies vasculaires » (ou hémiparésies). Il existe, en effet, une *séméiologie vasculaire dimidiée des lésions cérébrales, même légères*, surtout dans les premières semaines après le traumatisme. Autant et mieux que les symptômes moteurs, souvent défaillants, ces symptômes vasculaires permettent d'affirmer l'existence de la lésion cérébrale ; ils aident surtout — ce que ne peut faire au même degré le trouble moteur — à suivre au jour le jour, et même d'un instant à l'autre, l'activité physiologique, les oscillations fonctionnelles incessantes, et, peut-on dire, la vie même de la lésion.

Les syndromes vasculaires dimidiés sont les mêmes que les syndromes diffus, à leur unilatéralité près. On retrouve, ici encore, mais d'un seul côté, des syndromes d'excitation ou de dépression vasculaires et des syndromes d'instabilité.

a. On peut voir, par exemple, un syndrome d'*excitation vasculaire unilatéral* attester la présence d'une *esquille*, irritant superficiellement le cortex. Et l'esquillotomie fait alors cesser l'inégalité oscillométrique, l'hémiparésie vasculaire à formule d'excitation.

b. On peut voir un syndrome de *dépression vasculaire unilatérale* progressive déceler une *compression large* ou de vastes délabrements du cerveau : notion qui entraîne, quand l'intervention ne peut supprimer la cause d'inhibition, les plus formelles réserves de pronostic (aggravation vasculaire suivie au jour le jour, trouble progressif des régulations organiques, désaxement de la plupart des grandes « constantes » de la vie végétative).

c. On peut voir enfin, dans les *syndromes jacksoniens*, des états, variables et paroxystiques, d'asymétrie vasculaire. L'excitation unilatérale, prédo-

minante et habituelle, dénonce le côté atteint, et ceci en l'absence même de troubles moteurs bien caractérisés. L'excitation vasculaire progressive peut faire *prévoir l'imminence d'une crise jacksonienne motrice*. Quelquefois, le paroxysme se marque seulement par une *recrudescence d'excitation vasculaire* à prédominance unilatérale, sorte d'équivalent vasculaire, sans apparition de la décharge motrice. Enfin, après la crise, on observe, en général, un syndrome de *dépression vasculaire post-paroxystique*.

Ces symptômes vasculaires sont particulièrement intéressants à étudier en tant que modifications d'*ordre sympathique*, commandées par des altérations cérébrales, quelquefois légères (l'oscillométrie est par excellence l'instrument qui permet de mesurer, en même temps que les autres éléments de la tension vasculaire, ceux qui relèvent plus particulièrement du sympathique : vaso-motricité appréciée à l'oscillométrie, autant et mieux peut-être que l'impulsion cardiaque ou le volume de la masse sanguine).

Les *états mentaux correspondants* nous ont paru intéressants à comparer avec les variations de cette séméiologie vasculaire : torpeur des compressions larges; excitation psychique liée aux irritations corticales; *paroxysmes comitiaux* psychiques en rapport avec les paroxysmes moteurs jacksoniens, et, *parfois même, contemporains de paroxysmes uniquement vasculaires* (états confusionnels passagers, états anxieux exceptionnellement conscients et amnésiques (1), coïncidant avec l'acmé de la courbe vasculaire). A noter encore la fatigue et la dépression mentale post-jacksoniennes, liées à la dépression vasculaire post-paroxystique.

d. Dans certaines *commotions*, nous avons signalé la présence d'un *syndrome dimidié* neuro-vasculaire, constitué par : quelques troubles moteurs et sensitifs discrets, avec éréthisme réflexe et hyperesthésie, tous symptômes un peu plus marqués d'un côté ; des signes particuliers à l'électro-diagnostic : plus grande excitabilité neuro-musculaire, avec fatigabilité plus rapide ; des stigmates céphalo-rachidiens, déjà indiqués plus haut (inversion albumino-cytologique) ; enfin, des symptômes de *déséquilibration vasculaire*, à type hémiplégique, révélée notamment par l'épreuve de la *glace au pli du coude* et celle du *réchauffement* du bras : la première épreuve décelant, du côté malade, un syndrome prédominant de dépression vasculaire, et la seconde un syndrome prédominant d'excitation. La décompression par ponction lombaire peut, comme nous l'avons montré avec Bouttier, suspendre, momen-

(1) Il n'est pas, à notre connaissance, de meilleure démonstration de l'existence réelle de l'épilepsie mnésique.

tanément ou définitivement, les manifestations de ces déséquilibres vasculaires.

***

Pour rechercher les *inégalités réflexes légères*, qui peuvent exister d'un côté du corps à l'autre, nous avons, avec notre maître Dupré, indiqué une méthode très sensible, et qui donne parfois des résultats très nets : c'est la *percussion des points osseux médians* (sternum, pubis, crête sacrée, inion, etc.). On peut voir alors, en cas d'éréthisme réflexe, — et le sujet étant placé au préalable dans une position symétrique, — les membres supérieurs ou inférieurs répondre par des mouvements inégaux à l'incitation osseuse médiane, sternale ou pubienne ; on peut voir aussi, plus rarement, la percussion de l'inion déterminer une réaction inégale des sterno-mastoïdiens, la percussion de la crête sacrée provoquer un soulèvement inégal des muscles fessiers, etc.

***

Au total, effort pour isoler, au delà de la séméiologie motrice classique, une séméiologie en quelque sorte *suborganique*, constituée par des *réactions physiologiques*, délicates et variables, mais cependant mesurables, intermédiaires aux troubles purement fonctionnels et aux troubles franchement lésionnels ; séméiologie d'ordre *essentiellement sympathique* (vaso-motricité, sensibilité à la chaleur et au froid, modifications électrologiques particulières, etc.) et, de ce fait, assez étroitement *liée à la séméiologie psychique* (excitation, dépression, instabilité émotives, réactions imaginatives et pithiatiques, etc.).

***

Le réflexe galvano-psychique, avec le professeur agrégé Zimmern (*Soc. de neurologie*, juil. 1918).

Au même ordre de tendances scientifiques répond notre étude, entreprise avec le professeur agrégé Zimmern, sur le *réflexe galvano-psychique*. Nous avons : 1° apporté une simplification de la technique (électrodes bipolaires unimanuelles et microampèremètre portatif), rendant l'appareil de mesure transportable et aisément utilisable au lit même du patient ; 2° montré que la recherche de ce réflexe est un procédé d'investigation électrique permettant de mesurer, au niveau des téguments, les réactions sympathiques, en rapport

avec le retentissement émotif des perceptions : c'est un mode d'*exploration électrique du sympathique*.

L'étude de ce réflexe nous a paru également intéressante, et nous avons insisté sur son importance, pour la *vérification des anesthésies alléguées*, en particulier des anesthésies sensorielles : cécité, surdité. La *simulation de la surdité et de la cécité* est impossible avec ce procédé de recherche, qui peut encore servir à préciser le *seuil*, le minimum d'acuité perceptive (tel prétendu sourd a une réaction, nette à l'index du microampèremètre, au seul bruit d'un claquement de doigts éclatant à proximité de son oreille, etc.).

Cette incursion, si curieuse, dans le domaine sympathico-psychique, par l'intermédiaire des variations cutanées de la résistance à l'électricité, nous a permis également d'étudier, de ce point de vue, la *perception chez les hystériques* : leurs réactions *objectives* ont été, ici comme ailleurs, impossibles à distinguer de celles des simulateurs (réflexe galvano-psychique aussi marqué, ou plus marqué, du côté malade que du côté sain, par sollicitation de la zone prétendue anesthésique).

***

Le hoquet épidémique, avec Heuyer (*Soc. de neurologie*, déc. 1920 et nov. 1922 ; *Gazette des hôpitaux*, déc. 1920 et déc. 1922).

En même temps que M. le professeur Sicard, et à la même séance de la Société de neurologie, nous avons signalé l'existence du *hoquet épidémique bénin*, monosymptomatique, guérissant le plus souvent, après quelques jours d'évolution, sans laisser de séquelles. On avait décrit, jusqu'alors, des formes myocloniques d'encéphalite léthargique avec hoquet, mais ces formes étaient, pour la plupart, graves et accompagnées d'un ou plusieurs des autres signes de l'encéphalite léthargique. Certains auteurs ont, d'emblée, rattaché le hoquet épidémique, en apparence bénin, à l'encéphalite léthargique. On a cité quelques cas de hoquet, ayant débuté avec l'allure du hoquet épidémique bénin, qui ont ensuite viré à la séméiologie de l'encéphalite épidémique franche, avec issue mortelle et nécropsie confirmative. Mais la rareté de cette évolution, comparée à la grande fréquence des cas de hoquet bénin, l'absence de séquelles parkinsoniennes, comme y a insisté le professeur Sicard, laissent ouverte la question de savoir si ce hoquet épidémique bénin n'a pas une étiologie à part : « paranévraxite », selon le mot proposé par le professeur Sicard. Il possède, en tout cas, une *autonomie clinique* certaine, même si les recherches

ultérieures démontraient, à son origine, une localisation limitée et discrète du virus encéphalitique.

Nous avons été également les premiers à signaler l'éventualité des *récidives* de ce hoquet épidémique bénin, chez les *mêmes sujets* (nov. 1922), la seconde atteinte ayant évolué avec le même caractère monosymptomatique et la même bénignité apparente que l'atteinte survenue deux ans auparavant. Et, comme en 1920, l'épidémie, dont nous avons signalé le début, a coïncidé avec une recrudescence momentanée d'états grippaux ; et elle a été suivie, à bref délai, par une épidémie, assez importante, d'encéphalite léthargique bien caractérisée.

CHAPITRE III

PSYCHIATRIE

I. — PATHOLOGIE DE L'IMAGINATION

Amnésie et fabulation. — Étude du syndrome presbyophrénique, avec Devaux (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, février 1911).

Nous reportant aux textes originaux de Wernicke et de Kraepelin, nous avons montré que la presbyophrénie, envisagée d'abord par Wernicke comme une entité nosologique, puis, par Kraepelin, comme une forme spéciale de démence sénile, peut être considérée comme un *syndrome* (1) commun à un assez grand nombre de troubles mentaux (démence sénile ; psychose de Korsakoff; syphilis cérébrale; épilepsie, etc.). Et, ce qui fait, à notre avis, le principal intérêt de ce syndrome, c'est l'existence d'une réaction imaginative particulière, de la *fabulation, reliée à l'amnésie.*

Nous fondant sur un certain nombre d'observations personnelles, nous avons isolé et étudié, dans ses modalités diverses, le syndrome de l'*amnésie fabulante.* Nous avons montré comment l'amnésie, diminuant la présence de l'esprit au monde réel, favorise la réaction imaginative de *suppléance*. Dès que l'amnésique de fixation essaie d'évoquer le passé récent, il ne peut que se récuser en avouant son amnésie, ou fabuler en comblant, par des éléments fictifs, les lacunes de sa mémoire. Chez beaucoup d'amnésiques, il existe des conditions psychopathiques plus propices à la seconde réaction qu'à la première : un certain degré de confusion ou de démence affaiblit le contrôle et tend à produire l'*inconscience de l'amnésie*. Comment le malade, ne sachant pas qu'il a oublié, résisterait-il à la tentation, en quelque sorte instinctive, de reconstituer sa vie mentale récente et de remplacer les données mnésiques par des apports imaginaires? D'autre part, il existe souvent une légère excitation psychique, à tendance euphorique, de nature à stimuler l'activité imaginative. Enfin, chez

(1) Syndrome constitué, comme on sait, par les éléments suivants: amnésie de fixation, désorientation, fausses reconnaissances, fabulation.

ces sujets, l'étude des antécédents montre parfois que la réaction imaginative à l'amnésie est conforme au tempérament psychique individuel : il s'agit alors d'un imaginatif constitutionnel, d'un mythomane, qui fabule à l'occasion et à la faveur de son amnésie.

Les *formes de cette amnésie fabulante* sont multiples, et nous avons isolé les variétés suivantes, adoptées et confirmées par Régis dans son Traité :

1° *Fabulation onirique.* — C'est la fabulation confusionnelle, où le malade, assez éveillé pour ne plus rêver les yeux ouverts, fabule ; il continue à vivre en imagination les scènes qu'il vivait en son onirisme hallucinatoire. « La rêverie de l'homme éveillé remplace le rêve de l'homme endormi. » Par exemple : certaines fabulations avec amnésie, au décours d'états alcooliques subaigus, virant à la psychose de Korsakoff.

2° *Fabulation paramnésique.* — C'est la plus fréquente, chez les déments séniles en particulier. Imagination courte et pauvre, à peine inventive, constituée par le simple déplacement de souvenirs, plus ou moins inexacts. Par exemple : le sujet, confiné au lit, raconte ses occupations du matin ; il a vendu, dit-il, de la viande toute la matinée dans sa boucherie : c'est vrai, mais à dix ou vingt ans près. On voit ainsi les malades, absents du monde présent, revenir en imagination à une date antérieure, parfois assez précise, de leur existence véritable. Certains retournent vers l'enfance, en un « puérilisme », qu'explique la fabulation paramnésique du dément sénile.

3° *Fabulation mythopathique.* — C'est une fabulation plus riche, observée, de préférence, chez les sujets à antécédents imaginatifs, chez les mythomanes constitutionnels.

Nous avons montré, enfin, comment ces réactions imaginatives, à la croyance près, se rapprochent des *états de rêverie*, au cours desquels, le monde réel étant tenu à l'écart et comme dans l'ombre, se déploient librement la reviviscence d'événements anciens et la création d'événements fictifs, où l'imagination se complaît. Ces fabulations presbyophréniques ressemblent souvent à des rêveries d'amnésiques.

Conclusion pratique. — En présence d'un syndrome presbyophrénique, c'est-à-dire de la réaction fabulante à une amnésie de fixation, il faut savoir :

1° Qu'il y a présomption d'*affaiblissement* psychique, d'où pronostic réservé (amnésie inconsciente) ; 2° que l'amnésie, à la faveur de laquelle l'imagination se donne libre cours, peut relever de *n'importe laquelle* des affections susceptibles de produire un déficit de la mémoire de fixation : *démence sénile* le plus souvent ; mais aussi *psychose de Korsakoff* (importance de la recherche de la polynévrite et de l'étude des réflexes périphériques) ; ou encore : *syphilis*

cérébrale (P. L., Wassermann, etc.) ; épilepsie, etc. Nous avons ajouté à cette liste (nous y reviendrons plus loin) : certaines *psychopathies traumatiques*.

LES DÉLIRES D'IMAGINATION (1)

La presbyophrénie se caractérisait par une fabulation, avec *croyance* ; c'était l'ébauche d'un « délire d'imagination ».

Nous avons, sous l'inspiration de notre maître Dupré, et avec sa collaboration, abordé l'étude des états délirants à la constitution desquels l'activité imaginative prend une part exclusive ou prédominante.

Pour concevoir et formuler son délire, le psychopathe peut avoir recours aux trois procédés suivants, parfois exclusifs, souvent mélangés, mais, alors même, presque toujours inégalement répartis, avec prépondérance plus ou moins nette de l'un d'entre eux. 1° Ou bien le malade croit qu'on lui en veut, parce qu'il a entendu des voix injurieuses et menaçantes : son délire est d'origine sensorielle, *hallucinatoire* ; 2° ou bien il a reconnu cette hostilité par la constatation d'« indices », de petits signes innombrables (regards singuliers, allusions malveillantes, etc.), dont il a cru saisir, avec certitude, la signification : son délire est d'origine rationnelle, ou plutôt raisonnante, *interprétative* ; 3° enfin, il est des cas dans lesquels le délire, en l'absence de toute hallucination et de toute interprétation, s'édifie d'emblée, par affirmation gratuite et immédiate, le malade inventant des « romans », auxquels il ajoute foi au fur et à mesure de leur création : son délire est d'origine intuitive, fantaisiste, *imaginative*.

Les délires hallucinatoires étaient depuis longtemps connus et décrits (Esquirol, Lasègue, Falret). Les délires interprétatifs ont été isolés, dans leur très beau livre sur les *Folies raisonnantes*, par MM. Sérieux et Capgras. En individualisant les délires imaginatifs, nous avons essayé de compléter cet ensemble, d'ajouter, selon le mot de notre maître Dupré, « la troisième feuille du trèfle ».

Les délires imaginatifs, comme les délires hallucinatoires et interprétatifs, peuvent se présenter sous trois formes :

A. *Essentiels, chroniques* ; B. *Essentiels, aigus* ; C. *Symptomatiques.*

***

A. Délires imaginatifs essentiels chroniques. — Parmi les états délirants chroniques, ne paraissant symptomatiques d'aucune affection connue,

(1) Dupré et Logre, Congrès de Bruxelles-Liège, 1910, et *Encéphale*, mars, avril et mai 1911.

et dans lesquels le délire constitue tout le tableau clinique, il faut faire une place aux délires imaginatifs.

Ces délires imaginatifs chroniques, dont nous avons rapporté un certain nombre d'exemples typiques, ont des caractères particuliers, qu'on peut ainsi résumer : fond, ordinairement avéré, de mythomanie constitutionnelle ; fabulation plus ou moins riche et continue : parfois fabulation extemporanée, permettant de saisir, en quelque sorte sur le vif, la création imaginative ; fabulation active, inventivité, exubérance extrême des conceptions imaginatives, idéorrhée, logorrhée et graphorrhée ; souvent, prétentions artistiques (compositions littéraires, versification, peinture, musique, « créations » et « inventions » multiples). Disposition expansive habituelle, aménité, euphorie ; prédominance élective des idées de grandeur, avec thèmes romanesques, compliqués, abracadabrants, extraordinaires et merveilleux ; tendance aux affirmations colossales (emploi des mots : tout, millions, milliards, etc.) ; fréquence des préoccupations génitales, des hâbleries sexuelles. Fabulation passive, allant de pair avec la fabulation active : suggestibilité imaginative, par exemple sous l'influence de l'interrogatoire médical ou des lectures romanesques. Défaut du sens de la vérification et de la notion même de la réalité ; mélange ordinaire de sincérité et de simulation, de crédulité et de mensonge. Développement du délire par voie d'extension progressive, avec juxtaposition indéfinie de thèmes disparates, contradictoires par leur association plutôt que dans leurs éléments intimes. Faible cohérence du délire : « l'abondance des conceptions imaginatives nuit à leur systématisation ». Évolution vers la chronicité, par accumulation, énorme et incessante, de fabulations, toute idée, aussitôt surgie en l'esprit, ayant tendance à se confondre avec la notion d'un événement réel. Parfois aussi, l'activité imaginative, après une phase de productivité délirante, s'atténue, et le délire finit par vivre surtout de souvenirs et de redites. Pas d'évolution vers la démence, bien que le malade, tout entier à sa chimère, et comme retiré dans un monde fictif, se désintéresse du monde réel, et soit d'ordinaire inapte à tout rendement social.

Nous avons également insisté sur les conséquences pratiques, *médico-légales*, propres aux délires d'imagination : faux témoignage, fabrication et usage de faux, abus de confiance, vagabondage, revendications d'ordre familial et social, dépenses et libéralités inconsidérées, possibilité de délire collectif, etc.

Des observations, assez nombreuses, nous ont permis de mettre en relief certaines *formes cliniques* des délires d'imagination : variétés « poétiques », délires « d'invention », fabulation « anachronique », etc.

En résumé, l' « autonomie » nosologique de ces délires d'imagination essentiels est établie, à la fois, par l'*aspect clinique* et les *conséquences pratiques*, si particulières, de ces délires : ils se distinguent nettement, sous ce double rapport, des délires hallucinatoires et des délires interprétatifs. Ils sont en outre, spécifiés par une *évolution* (chronicité sans démence) qui, les rapprochant des délires d'interprétation, les oppose aux délires hallucinatoires (tendance à l'évolution démentielle). Enfin, dans la mesure où le délire apparaît comme l'effet d'une constitution mythopathique native, s'exagérant, à un moment déterminé de la vie, jusqu'au délire, notre conception laisse entrevoir l'*étiologie* même de ce syndrome: *terrain* anormal, dont la déviation, accrue vers l'âge adulte, passe à l'état franchement morbide, mythomanie simple qui devient mythomanie délirante.

***

B. Délires imaginatifs essentiels aigus (Dupré et Logre, Les délires imaginatifs, *Congrès de Gand*, 1913, et *Annales médico-psychologiques*, août-septembre 1914). — Ces délires d'imagination aigus essentiels éclatent comme les manifestations paroxystiques d'une disposition mythomaniaque le plus souvent innée, mise en jeu par les moments étiologiques les plus divers et parfois les plus insignifiants. Les délires d'imagination aigus semblent correspondre à une partie des « bouffées délirantes » de l'École de Magnan. Ils s'observent, en effet, de préférence, chez les débiles, à hérédité nerveuse plus ou moins lourdement chargée.

Les *caractères généraux* de ces délires imaginatifs aigus sont : la brusquerie du début, parfois l'instantanéité de l'édification du thème délirant ; l'extravagance et l'absurdité habituelles des conceptions ; l'explosion de la psychose par un processus intuitif de révélation, d'inspiration ; l'expression symptomatique par voie de fabulation, souvent extemporanée, où se décèlent, à la fois, l'inventivité et la suggestibilité, le mensonge et la crédulité. Le thème romanesque, presque toujours ambitieux, est, très souvent, d'ordre érotique (romans d'amour), assez souvent d'ordre policier (voir : « Les faux policiers mythomanes », (1) de Dupré et Abadie), maintes fois aussi d'ordre familial (délire de haute naissance, etc.). A signaler la fréquence relative des délires passagers d'invention, celle de l'inspiration poétique, celle des récits macabres (scènes de carnage et d'enterrement, substitution de cadavres, etc.).

(1) Ces délires imaginatifs, puisés dans l'actualité livresque, sont à rapprocher du délire, historiquement véridique d'un Don Quichotte, ce « faux chevalier mythomane »,

L'inspiration, en partie livresque, de ces délires peut, dans nombre de cas, être précisée (Alexandre Dumas, Paul de Kock, Conan Doyle, etc. ; romans policiers, romans feuilletons et romans cinématographiques, actualités, etc.).

Parfois, des accidents hystériques intercurrents révèlent la mythomanie corporelle (fabulation — simulation des syndromes), surajoutée à la mythomanie psychique.

Ces délires d'imagination peuvent encore être récidivants et reparaître, en se continuant sous la même forme, au cours d'épisodes successifs : *délires d'imagination à éclipse.*

Au total, il n'était pas sans intérêt, croyons-nous, d'isoler ces délires imaginatifs aigus, extraits du groupe, classique des « délires polymorphes » et des « bouffées délirantes » de Magnan, notre travail ayant été, sur ce point, parallèle à celui de MM. Sérieux et Capgras sur les « délires interprétatifs aigus ». Non seulement l'*aspect clinique* des délires imaginatifs aigus est original, mais leur connaissance nous paraît avoir son utilité pratique ; car, en raison de leur formule imaginative, ces bouffées délirantes posent un *problème diagnostique* tout différent de celui qu'évoquent d'ordinaire les bouffées délirantes hallucinatoires ou interprétatives. Ces deux dernières variétés, en effet, sont à distinguer surtout d'une psychose systématisée à ses débuts. La bouffée délirante imaginative peut, sans doute, elle aussi, faire craindre un avenir de chronicité délirante ; mais, le délire imaginatif chronique étant relativement rare, le diagnostic doit hésiter surtout, du moins au début, entre la bouffée délirante imaginative et les *délires imaginatifs symptomatiques*, sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure, et dont les principaux sont : au premier chef, la paralysie générale ; ensuite, la manie ; enfin, la démence précoce.

***

C. Les délires imaginatifs symptomatiques. — Leur notion est d'un haut intérêt pratique. Car, si les délires hallucinatoires et interprétatifs sont, le plus souvent, des délires essentiels, les états délirants imaginatifs apparaissent, d'ordinaire, comme les symptômes d'une affection mentale, qui est *autre chose qu'un simple délire*, aigu ou chronique. Derrière le délire imaginatif, il faut donc, avant tout, rechercher la maladie *sous-jacente*, la psychopathie causale, que le délire a parfois l'inconvénient de dissimuler aux yeux d'un observateur peu averti, mais qu'il révèle au contraire, par sa présentation même, à qui connaît les caractères si spéciaux de la pathologie imaginative symptomatique.

Les délires imaginatifs symptomatiques ont pour traits habituels :

a. D'être *aigus* (même quand l'affection sous-jacente est chronique, le délire imaginatif ne représentant alors, le plus souvent, qu'une « bouffée symptomatique »).

b. De répondre à une phase d'*excitation*, presque toujours euphorique, et de reposer sur un fond d'*affaiblissement* ou de *débilité* psychiques, plus ou moins accentués, l'excitation déchaînant l'activité imaginative et le déficit intellectuel diminuant le contrôle qui la réfrène.

Par ordre de fréquence, ces délires imaginatifs sont surtout symptomatiques de :

1° *Paralysie générale.* — On n'avait pas remarqué, semble-t-il, avant nos travaux, que les délires des paralytiques généraux, très rarement hallucinatoires ou interprétatifs, sont, dans la grande majorité des cas, uniquement imaginatifs. De sorte qu'un état délirant imaginatif doit toujours faire penser, d'abord, à l'éventualité d'une paralysie générale incipiens (ultérieurement, en effet, le délire imaginatif de la paralysie générale s'effrite, et le sujet n'est même plus capable de constituer un délire, au sens véritable du terme. Il ne s'agit plus alors que d'idées délirantes incordonnées, de « fabulations » décousues).

2° *Manie.* — L'excitation maniaque, surtout chez les mythomanes, donne parfois naissance à des délires imaginatifs ; pour peu que la psychose se prolonge et que l'excitation générale ne soit pas évidente, ces délires risquent de faire porter, à tort, le diagnostic de délire systématisé chronique. Nous avons vu, d'ailleurs, en pareil cas, les fabulations des malades, lorsqu'ils disaient : « j'ai vu, j'ai entendu », être enregistrées comme des hallucinations, et la psychose maniaque donner le change pour une psychose hallucinatoire chronique. Le malade n'en guérissait pas moins sans séquelles, quand tombait l'excitation maniaque, sauf à récidiver, d'ailleurs, au cours d'une phase ultérieure (bon nombre des délires imaginatifs à éclipse doivent être rattachés à la psychose intermittente).

3° Plus rarement, *Démence précoce.* L'activité imaginative ne traduit plus, en son allure clinique, une démence globale, comme dans la paralysie générale, ou une excitation lucide, comme dans la manie, mais une bizarrerie très spéciale, avec verbalisme souvent incompréhensible et véritable « salade d'images », troubles qu'attestent les écrits et les dessins autant, et même souvent plus, que la langue oral.

Il existe beaucoup d'autres affections, au cours desquelles un délire d'imagination symptomatique peut se manifester : états *confusionnels*, en parti-

culier à leur phase de réveil (onirisme imaginatif : voir un cas rapporte par nous au Congrès de Strasbourg (1), en 1920) ; *états démentiels* divers, notamment *démence sénile* ou *démence artérioscléreuse*, avec « syndrome presbyophrénique », où la fabulation peut ébaucher et même constituer un véritable délire ; *dépression mélancolique* (cf. certains délires d'auto-accusation, et certains délires d'énormité, où la participation imaginative est si curieuse) ; *cénestopathies* (voir, à cet égard, notre communication avec notre maître Dupré, au Congrès d'Amiens, en 1912, sur les « réactions imaginatives dans un syndrome cénestopathique » : description imagée de toute une « ménagerie », incluse dans le corps de la malade, qui raconte, au jour le jour, les exploits de ces animaux sauvages, leurs changements de couleur et de forme leurs multiplications fantastiques, etc.).

***

Résumé de la pathologie imaginative. — La pathologie imaginative, dont le professeur Dupré et nous-même avons tracé l'histoire, si fertile en manifestations cliniques et en conséquences médico-légales, possède une autonomie psychiatrique certaine :

a. Il existe incontestablement des *délires imaginatifs essentiels chroniques*, spécifiés par leur fond mental (mythomanie), leur mécanisme psychologique (fabulation délirante), leur présentation clinique (romans disparates, exubérants, fantastiques; romans d'amour, romans d'aventures, romans de cape et d'épée, romans policiers, romans macabres, romans de grandeur familiale, romans d'invention, etc., etc.), leurs conséquences médico-légales (faux, abus de confiance, escroqueries, prodigalités, etc.), leur évolution enfin (chronicité sans démence).

b. D'autre part, quand les états délirants imaginatifs essentiels (c'est-à-dire ne pouvant être rapportés à aucune affection connue autre que le délire) sont encore à leurs débuts, on doit songer à la possibilité de *délires imaginatifs aigus*, qui, aux caractères fonciers des délires imaginatifs, joignent, d'ordinaire,

(1) Il s'agissait d'un alcoolique, ayant continué son onirisme hallucinatoire par un délire imaginatif de même allure (récits d'agressions), puis ayant terminé ce syndrome, à la fois confusionnel et imaginatif, par une mise en scène de puérilisme, nettement lucide, et qui, telle une réaction hystérique, rétrocéda par contre-suggestion ou intimidation (curieux passage graduel, chez un mythomane, de la pathologie confusionnelle hallucinatoire à la pathologie imaginative lucide). A comparer avec certains onirismes imaginatifs et plus ou moins lucides des psychopathics mystiques, de quelques états post-émotionnels, etc.

quelques traits cliniques laissant présumer une évolution plus ou moins rapide (soudaineté du début, désordre, inconsistance et polymorphisme des idées délirantes, débilité mentale, hérédité vésanique ; bref, tableau général d'une « bouffée délirante », à prédominance imaginative).

c. Il faut savoir, enfin, que les *délires imaginatifs symptomatiques* sont d'observation courante, et même très fréquente. Ils doivent faire penser, d'abord et surtout, à la paralysie générale ou à la manie, selon le fond d'affaiblissement ou d'excitation psychique sur lequel ils se développent.

*
* *

Ces notions, à beaucoup d'égard nouvelles, ont été acceptées par la grande majorité des auteurs. Les expressions de « délire imaginatif » et d' « idées délirantes imaginatives » sont maintenant, on peut le dire, devenues classiques.

Il nous suffira de rappeler, à ce sujet, quelques-uns des nombreux travaux confirmatifs, suscités par notre publication de 1911 (*Encéphale*, mars à juin).

a. Pour les *délires imaginatifs essentiels chroniques* :

Libert, Un cas de délire chronique d'imagination (*Ann. méd.-psych.*, 1912, et *Encéphale*, nov. 1912). — Gonnet, Fabulation et délire systématique chronique (*Gaz. des hôp.*, 1911, n° 106 et 107). — Belletrud et Froissart, Délire d'imagination (*Encéphale*, 1913). — Dupré et de Clérambault, Délire d'imagination (*Ann. méd.-psyc.*, juillet-août 1911). — Laignel-Lavastine et Heuyer, Délire d'imagination et réaction méningée (*Encéphale*, 1920, n° 5). — Heuyer et Borel, Délires de rêverie (*Soc. de psych.*, nov. 1922), etc.

Ajoutons la *Thèse* de Szmalzmann, *Le délire d'imagination*, Bordeaux 1920.

b. Pour les *délires imaginatifs aigus :*

Séglas et Logre, Délire imaginatif de grandeur, avec appoint interprétatif (*Encéphale*, 1912, n° 1). — Dupré et Marmier, Délire imaginatif à éclipse (*Encéphale*, n° 24, oct. 1912). — Dupré et Le Savoureux, Délires d'imagination en bouffées (*Congrès du Puy*, août 1913). — Trénel et Raynier, États mentaux imaginatifs (*Bull. Soc. clin. ment.*, juillet 1913), etc.

Citons encore la *Thèse* de Mlle J. Alexandre sur le *Délire d'imagination à éclipse*, Paris 1919.

c. Pour les *délires imaginatifs symptomatiques* :

Rogues de Fursac et Genil-Perrin, Délire d'imagination chez un paralytique général (*Journal de psychologie*, n° 2, 1912). — Capgras et Terrien, Délire d'imagination symptomatique de démence paranoïde (*Ann. méd.-psych.*, avril 1912). — Antheaume et Trepsat, Délire d'imagination et psy-

chose périodique (*Encéphale*, 10 sept. 1912). — Lévy-Valensi et Vinchon, Délire d'imagination et psychose périodique (*Soc. de psych.*, 1913), etc.

Signalons la *Thèse* de Usse : *Les délires d'imagination dans la paralysie générale*, Paris 1912.



Enfin, la *conception d'ensemble* des délires imaginatifs a reçu cette consécration décisive : MM. Sérieux et Capgras, dans leur article sur les Délires systématisés, ont décrit, à côté des délires hallucinatoires, interprétatifs et de revendication, les délires imaginatifs (*Traité de pathologie médicale* du professeur Sergent. Psychiatrie, t. I). Cette doctrine avait déjà été admise, avec quelques réserves, par le professeur Régis, dans son *Traité de psychiatrie*, et par M. Trénel dans la *Pratique médico-chirurgicale* (article sur les Délires d'imagination).



Nos travaux sur les délires d'imagination ont suscité quelques critiques, d'ailleurs intéressantes, sur lesquelles il ne nous paraît pas très difficile de s'entendre :

a. Les délires imaginatifs témoignent parfois d'une pauvreté singulière de l'imagination (Trénel). C'est exact. Mais cette objection tend à confondre l'existence des réactions imaginatives avec leur richesse. Pour qu'un délire soit imaginatif, il faut et il suffit que la conception morbide repose sur des affirmations fantaisistes, en l'absence d'hallucinations et d'interprétations. De même, un délire où la conviction morbide découlerait uniquement d'hallucinations peu nombreuses ou de rares interprétations n'en serait pas moins considéré comme hallucinatoire ou interprétatif. De même encore, un mensonge, pour ressortir à la psychologie de l'imagination, n'a pas besoin d'être long : il lui suffit d'exister. Hâtons-nous d'ajouter que, si les délires imaginatifs des débiles sont quelquefois pauvres, il leur arrive aussi d'être surabondants, et que cette opulence est la règle dans la grande majorité des délires imaginatifs, quelle que soit leur origine.

b. Certains délires d'imagination, en particulier les délires symptomatiques de paralysie générale, sont trop peu systématiques, trop incoordonnés, pour mériter le nom de délires (Régis). Il est exact que les délires imaginatifs, sous toutes leurs formes, ont, en général, moins de consistance que les délires

hallucinatoires ou interprétatifs, la perception et la logique ayant coutume d'apporter à l'édification délirante de meilleurs matériaux et un meilleur ciment que ne le fait d'ordinaire la fantaisie individuelle. Et les délires des paralytiques généraux sont, de par leur substratum démentiel, particulièrement incohérents et absurdes. On n'en voit pas moins, dans certains cas, au début de la paralysie générale, un ensemble d'idées fausses constituer un délire assez bien charpenté pour faire croire, pendant quelque temps, à un début de psychose systématisée ; le problème est parfois même très difficile à résoudre (cf., à cet égard, l'observation de MM. Laignel-Lavastine et Heuyer : Délire d'imagination et réaction méningée, *Encéphale*, 1920, nº 5). Enfin, toutes les transitions existent entre un délire bien caractérisé et la « fabulation » simple, en passant par les « idées délirantes » plus ou moins décousues. L'excitation idéative et l'expansion euphorique des paralytiques généraux n'en représentent pas moins, pour la pathologie imaginative, un domaine d'élection. M. Usse, dans sa Thèse, a pris soin de distinguer entre les délires proprement dits, qu'il appelle « délires d'imagination créatrice », et les idées délirantes simples, qu'il décrit sous le nom d'« idées imaginatives stéréotypées ».

c. Les délires d'imagination ne seraient, en réalité, que des délires d'interprétation (A. Delmas. Discussion de la communication de MM. Heuyer et Borel sur les Délires de rêverie, *Soc. de psychiatrie*, mars 1922) : les imaginatifs, dans leurs constructions délirantes, font, souvent allusion aux événements réels et, par conséquent, interprètent. C'est tendre, croyons-nous, à méconnaître la différence essentielle qui sépare l'interprétation de l'imagination. Si l'interprétant part toujours de la constatation d'un événement réel, l'imaginatif peut, lui aussi, dans mainte circonstance, fabuler *à propos* d'un événement réel ; mais l'interprétant ajoute au fait un raisonnement, tandis que l'imaginatif y ajoute un roman. Entre les deux modes de réaction délirante, il existe une différence profonde de terrain psychique : l'imaginatif est un intuitif et l'interprétant un raisonneur ; celui-ci affecte une rigueur scientifique, celui-là procède en poète.

***

Délires d'imagination et schizoïdie.

Nous pensons que l'histoire clinique des délires imaginatifs n'est pas terminée : elle ne pourra manquer d'acquérir encore plus d'ampleur, lorsqu'on aura montré la part qui lui revient dans le vaste ensemble des cas, fort inté-

ressants, étudiés par l'école de Zurich sous le nom d' « états schizoïdes.

M. E. Minkowski, dans ses « Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich » (*Ann. méd.-psych.*, février 1923), après avoir exposé brièvement la notion de « schizoïdie », selon Bleuler, ajoutait : « La psychiatrie ne pouvant être qu'une, nous ne pourrons ne pas essayer d'établir un jour des corrélations entre ces notions d'un côté et les constitutions morbides de l'école française de l'autre. » Or, la schizoïdie étant « la faculté de s'isoler de l'ambiance, de perdre le contact avec elle », on devine aisément que le type par excellence de schizoïdie est le délire imaginatif. Tandis que l'interprétant se réfère sans cesse aux réalités concrètes de la vie, l'imaginatif, pour continuer son délire, n'a qu'à fermer les yeux. Nous avons eu l'occasion d'observer certains états délirants imaginatifs, dans lesquels la fabulation semble destinée moins à l'interlocuteur qu'au sujet lui-même ; elle a pour but, selon le mot de l'un d'eux, de « meubler sa vie intérieure ». Cette fabulation, qui peut devenir délirante, dédaigne l'extériorisation, ou, en tout cas, se plaît surtout à la contemplation intérieure de ses créations idéatives. Elle ressemble beaucoup à la *rêverie solitaire* de tant de sujets normaux. Pour faire suite à l'étude, déjà commencée par MM. Heuyer et Borel dans leur communication intitulée « Délires de rêverie », nous croyons qu'il y a lieu d'insister sur cette variété spéciale de délires d'imagination, avec prédominance de la vie intérieure sur la vie extérieure. Cette imagination surtout individualiste, qui s'intériorise et semble se claustrer en elle-même, s'oppose assez bien à l'imagination, plus sociale, qui s'extériorise et se répand inépuisablement au dehors en bavardages, en écrits et en interventions de toute sorte. Elle peut aboutir à des formes de délire ressemblant étrangement à certaines variétés de « démence précoce », dite « paranoïde », selon la terminologie de Kraepelin, ou de « schizophrénie » selon celle de Bleuler (indifférence au milieu extérieur, attitudes figées ou extatiques, symbolisme tout individuel, avec langage elliptique, singulier, difficilement compréhensible, rappelant la salade de mots). Mais, ces sujets sont, à vrai dire, des délirants imaginatifs, non des déments précoces. Ils ont conservé leur mémoire et même leur jugement, pour ce qui ne concerne pas leur délire. On s'en aperçoit dans la mesure où on peut les arracher à cette espèce d'invagination ou d'enkystement imaginatifs, qui en font des sujets à part et comme les habitants d'une autre planète : ils ont gardé toute leur affectivité pour le monde endogène où leur imagination se retire. Psychose bien différente de la démence précoce véritable, qui semble être tout autre chose que l'accentuation et l'intériorisation d'un état mental imaginatif, mais une démence vraie, liée sans doute à une encéphalite

de nature encore indéterminée, avec excitation motrice impulsive et absurde.

En décrivant la schizoïdie, Bleuler nous paraît avoir retrouvé, d'une façon d'ailleurs très suggestive, la « constitution imaginative » des auteurs français ou, du moins, une certaine forme de constitution imaginative, dont sa doctrine a l'avantage de souligner l'intérêt théorique et pratique. On comprend aussi qu'à ces délires imaginatifs, avec vie intérieure complexe et mystérieuse, il soit utile, en quelques cas, d'appliquer les méthodes de la psycho-analyse, pour déchiffrer certains symbolismes, découvrir certaines tendances affectives ou certains chocs émotifs psycho-sexuels, ayant pu mettre en jeu l'activité imaginative, inspirer ses thèmes favoris et orienter enfin son reploiement vers la rêverie solitaire.

Doctrine de l'hystérie (1).

Une de nos malades, débile mythomane, atteinte de délire imaginatif passager, présenta soudain, parmi ses fabulations (idées de grandeur : elle se croyait « reine de France et de Navarre »), des phénomènes en tout point semblables aux accidents hystériques ; s'étant heurté légèrement le bras gauche, elle se prétendit blessée gravement et atteinte de « paralysie » du bras. C'est pourquoi, à son jeu de scène primitif, qui consistait à recevoir ses interlocuteurs comme une reine accueille ses sujets, elle ajouta cet autre jeu de scène : elle tenait son bras gauche immobile, le déclarait insensible et ne bronchait pas lorsqu'on le piquait fortement avec une aiguille, tandis qu'elle se récriait au contraire et protestait avec véhémence quand on piquait le bras droit. Cette paralysie, d'origine psychique, avait, à la fois, les caractères de l'hystérie et ceux du délire d'imagination. Elle guérit d'ailleurs, quelques jours plus tard, par contre-suggestion, au décours de la psychose, en même temps que la malade, ébranlée par nos arguments, acceptait l'idée qu'elle n'était peut-être pas reine de France.

Dès lors, le problème de la nature de l'hystérie pouvait se poser à nous sous cette forme nouvelle : est-ce que l'hystérie n'est pas proche parente des délires d'imagination ? Ou, plus précisément, l'hystérie n'est-elle pas à la simulation des maladies ce que le délire d'imagination est au mensonge?

Nous avons cru, notre maître Dupré et nous-même, pouvoir résoudre ce problème par l'affirmative, et rattacher ainsi l'hystérie, trouble essentiellement psychique, à un ensemble de troubles psychiques maintenant bien connus, c'est-à-dire à la pathologie de l'imagination.

Il est facile, en effet, de montrer, à la fois, l'exactitude de cette conception, et ses avantage pratiques :

I. Cette conception *explique tous les caractères*, à première vue si déconcertants, de l'hystérie ;

a. Qu'est-ce que l'*état mental habituel* des hystériques, sinon — comme l'avait déjà dit Dupré et comme l'avait montré, en y insistant, Hartenberg — la *constitution imaginative*, la mythomanie?

(1) DUPRÉ et LOGRE, Hystérie et mythomanie (*Congrès d'Amiens*, mai 1912). — LOGRE, Article : État mental des hystériques, dans le *Traité de pathologie médicale* du professeur Sergent, *Psychiatrie*, t. I. — LOGRE, *Bulletin médical*, n° 14, 1923.

b. Qu'est-ce que la *suggestibilité* hystérique, sinon la *suggestibilité imaginative* : suggestibilité telle que, l'idée d'un symptôme étant posée dans l'esprit, ce symptôme se réalise, et qu'inversement, l'idée étant extirpée, le symptôme s'évanouit ? L'origine de l'idée, de l' « image qui se réalise », peut provenir d'un spectacle, d'une lecture et surtout de l'interrogatoire médical : c'est l'*hétéro-suggestion* hystérique ; souvent aussi, l'image du syndrome à réaliser procède, en tout ou en partie, de la fantaisie personnelle : c'est l'*auto-suggestion* hystérique. Que l'hystérique ait une constitution imaginative particulière le disposant à transformer l'idée en symptôme, c'est ce que prouve, de façon tout expérimentale, la possibilité de provoquer, en quelque sorte sur commande, les « stigmates », indices permanents d'une suggestibilité imaginative particulière.

c. Qu'est-ce que la *croyance* de l'hystérique, si ce n'est celle de l'imaginatif délirant? Elle en a tous les traits : l'ambiguïté, la bonne foi imparfaite (les hystériques, dit Babinski, sont des « demi-simulateurs ») ; mais aussi, d'autre part, une certaine capacité d'illusion sincère, sans laquelle l'hystérie se confondrait avec la simulation. C'est là d'ailleurs, comme nous y avons insisté, le point délicat du diagnostic de l'hystérie : *rien ne la distingue objectivement de la simulation.* Il faut s'en rapporter à des présomptions morales, à l'attitude générale et à la conduite du sujet, comme pour distinguer un délire d'imagination sincère d'un délire simulé.

d. L'*inorganicité* des symptômes de l'hystérie, n'est-ce pas encore celle des manifestations imaginatives, aboutissant ici à la fiction du pathologique? En fait, l'hystérie *ne peut que ce que peut l'imagination.* Elle est la réalisation objective de l'image, la mise en scène extérieure de la conviction imaginative. Babinski insiste très justement sur cette idée que les troubles hystériques sont, en principe, reproductibles par la volonté, c'est-à-dire aussi par la simulation. Bref, l'hystérie se comporte, en tout point, comme une *simulation qui s'ignore.*

e. Quels sont les *mobiles* de l'hystérie, sinon ceux de la mythomanie elle-même : mythomanie intéressée, mythomanie maligne, mythomanie vaniteuse, mythomanie de luxe et mythomanie de jeu? L'instinct génital peut la mettre en œuvre, comme il inspire tant d'autres romans et fabulations. Mais, l'instinct de conservation y excelle également (hystérie des accidents du travail et hystérie de guerre).

f. De même, les *occasions* de la réaction hystérique sont celles des autres réactions mythopathiques : parfois, la disposition imaginative s'exerce pour ainsi dire sans cause, pour rien, pour le plaisir, et crée, sans occasion connue,

le syndrome fictif. Mais, le plus souvent peut-être, l'hystérie, comme l'imagination en général, *prend texte* d'une circonstance qui l'inspire et qui contribue même à ébaucher, pour son propre compte, le tableau morbide : un accident, une émotion, un trouble physiologique ou lésionnel ; d'où l'importance et la fréquence extrêmes de l'*hystérie associée*, sorte de fabulation provoquée et complémentaire (associations hystéro-émotives, hystéro-physiopathiques, hystéro-organiques). On conçoit que, dans ces cas, la prédisposition mythopathique soit moindre, le trouble réel servant de suggestion et comme d'amorce au trouble fictif.

g. La *curabilité* de l'hystérie, n'est-ce pas encore l'instabilité essentielle des processus imaginatifs, chez un sujet dont le jugement conscient n'est pas faussé et peut encore se rendre à l'évidence d'une démonstration raisonnable? La duperie imaginative cesse, en effet, lorsqu'on donne au sujet le moyen de se persuader ou, mieux, de constater (électrisation, mobilisation, etc.) qu'il se trompe lui-même. Dès qu'on aura *forcé sa foi*, par influence morale ou démonstration objective, il pourra persister sans doute encore dans son attitude fictive vis-à-vis d'autrui et devenir simulateur ; mais *il ne pourra continuer à se mystifier lui-même.* L'erreur de l'hystérique est un délire subconscient, auquel, pour cesser d'être, il suffit de parvenir à la conscience claire, restée saine.

Le délire d'imagination répond, d'ailleurs, à une forme d'imagination très particulière ; il s'agit ici d'imagination *psychoplastique*, selon le mot de Dupré. L'imagination n'est pas alors *verbale* comme dans les délires ordinaires d'imagination ; elle est plastique, c'est-à-dire qu'elle aboutit à la réalisation d'une attitude, d'une mise en scène (imagination plastique (1) ou mimique). L'hystérique se crée un rôle, qu'il joue et présente objectivement, à la manière d'un « comédien, plus ou moins inconscient, du pathologique ».

II. Les *avantages pratiques* de cette conception nous paraissent être les suivants : non seulement elle aide à comprendre le trouble hystérique, si mystérieux, en le rattachant à la pathologie maintenant bien connue de l'imagination, mais elle permet de mieux *délimiter* ce trouble, d'en faire un diagnostic plus strict, en précisant exactement *la part des symptômes qui peuvent et doivent disparaître par contre-suggestion imaginative.*

Elle permet de distinguer l'hystérie :

1° Des troubles *organiques*. Comme la diagnostic de simulation, celui

(1) Cette idée de plasticité ne s'applique pas seulement aux troubles moteurs, mais encore aux troubles sensitifs, que le sujet présente et joue, en une extériorisation impressionnante, comme le ferait un mime.

d'hystérie suppose l'élimination, attentive et minutieuse, des signes d'organicité. Et quand le pithiatique se surajoute à l'organique, il faut faire la part respective de l'organique, inconstamment et difficilement curable, et du pithiatique, toujours guérissable et même, en principe, guérissable d'emblée.

2° Des troubles *fonctionnels autres que l'hystérie*. Pendant trop longtemps on a cru qu'un trouble nerveux, qui n'est ni organique ni simulé, revient de droit à l'hystérie. C'était méconnaître la liste, en réalité fort longue, des troubles fonctionnels non pithiatiques. Rappelons quelques-uns de ces troubles :

a. Au premier rang figure l'*émotivité*. La séméiologie fonctionnelle si riche, et si richement objective, de l'émotion (troubles vaso-moteurs, sécrétoires, moteurs, etc.) ne peut être la création directe de l'activité imaginative, de même que sa guérison ne peut relever de l'imagination seule. Sans doute il est des cas où la suggestion peut créer l'émotion, et la contre-suggestion la guérir ; une réflexion malheureuse peut éveiller chez un prédisposé la phobie d'un médicament, et l'affirmation énergique du médecin peut, à son tour, faire disparaître cette crainte maladive ; mais il s'agit alors de *suggestibilité émotive* ayant un tout autre mécanisme et de tout autres effets que la suggestibilité imaginative; elle met en branle, ou elle suspend, des réflexes indépendants de la volonté (battements de cœur, tremblements, sueurs, etc.), tandis que la suggestion imaginative aboutit à la réalisation extérieure d'une image comme pourraient la mimer un comédien ou un simulateur. L'image, rien que l'image, mais poussée jusqu'au bout, jusqu'à la mise en scène extérieure, telle est la formule de l'hystérie. Il ne suffit pas, au contraire, de se représenter la tachycardie pour accélérer son cœur (à moins que cette idée n'émeuve). C'est pour ce motif que la contre-suggestion imaginative est, en fait, décisive dans la cure de l'hystérie et souvent décisive d'emblée : en extirpant l'image, elle supprime le trouble, qui n'est que l'épanouissement de l'image. La *contre-suggestion émotive* procède tout autrement, en *rassurant*, en calmant une exaltation réflexe que l'activité imaginative par elle-même serait impuissante à reproduire. Aussi cette psychothérapie suggestive des troubles émotifs est-elle inconstante, relative et précaire ; l'action de présence, prolongée et répétée, du médecin y est habituellement nécessaire. Les cures de « suggestion » ou de « miracles » guérissent instantanément et totalement un très grand nombre d'hystériques ; elles ne font guère qu'améliorer passagèrement les émotifs, quand toutefois elles y réussissent.

b. Citons encore la *débilité motrice*, susceptible de donner lieu notamment

à une forme de *catalepsie* (1), qui n'a rien d'hystérique. Citons toutes les suggestibilités motrices des psychopathes distraits ou indifférents (démences précoces et états schizoïdes, délires mystiques, etc.).

c. Citons enfin tous les *éréthismes réflexes*, constitutionnels ou acquis, en rapport avec des réactivités insolites : déséquilibres neurologiques variés, en particulier *déséquilibres neuro-végétatifs*. Dans ce cadre, dont l'étude, encore très incomplète, offre un si haut intérêt clinique et thérapeutique, il faut faire entrer la plupart des syndromes en « isme », tels que œsophagisme, vaginisme, colisme, rectisme, etc., peut-être aussi des syndromes tels que le « péritonisme » et le « méningisme » au sens vrai du mot : bref, toutes les « répercussivités » anormales, sortes de branle-bas physiologiques auxquels l'hystérie s'associe volontiers, mais qu'elle ne suffit pas à produire et qui souvent, de toute évidence, s'organisent sans elle. C'est ainsi qu'on décrivait jadis la « boule », due au spasme œsophagien, comme une manifestation typique d'hystérie ; or, c'est souvent une manifestation émotive, parfois même une manifestation spastique simple, extrapsychique, sur laquelle la volonté ne peut agir que de façon incertaine et indirecte. Tandis que, dans les phénomènes hystériques, le déterminisme est uniquement psychique, dans les phénomènes émotifs, le déroulement et la provocation des symptômes dépassent de très loin le pouvoir de l'imagination et de la volonté ; enfin, dans beaucoup d'éréthismes physiologiques, la commande, permettant d'agir sur les phénomènes, n'a plus rien ou presque rien de psychique. Sans doute ces phénomènes peuvent-ils servir aisément de greffe aux manifestations hystériques ; mais une bonne analyse clinique permet de dissocier ces dernières, qui continuent, même alors, de céder normalement à la contre-suggestion imaginative.

3° Enfin, les *phénomènes imaginatifs non hystériques*. Certains auteurs étendent, à notre avis abusivement, la notion de l'hystérie jusqu'à la confondre avec celle de la mythomanie sous toutes ses formes (Hartenberg). Nous croyons qu'il ne faut pas dénommer hystériques tous les syndromes imaginatifs et ne pas dire, par exemple, « l'hystérie du mensonge » : l'hystérie est, en effet, une variété spéciale de mythomanie (n'est pas hystérique qui veut, même parmi les mythomanes), et c'est en tant que variété spéciale de mythomanie qu'elle a ses lois évolutives et thérapeutiques si originales. L'hystérie, c'est — avec un certain degré d'inconscience — la mythomanie plastique du pathologique, la mise en scène imaginative des accidents morbides,

(1) Dupré et Logre, Débilité mentale et débilité motrice (*Soc. de psychiatrie*, mai 1921).

la fiction, vécue et mimée, des syndromes. Le mensonge n'est pas de l'hystérie, ni le délire d'imagination, bien qu'ils appartiennent tous trois à une forme morbide commune, c'est-à-dire à la pathologie générale de l'imagination. L'hystérie ne se confond ni avec le récit controuvé d'accidents morbides (mythomanie verbale), ni avec la simulation, même maladive, ayant recours à des procédés anatomiques (par exemple : caustiques dans la « pathomimie » de Dieulafoy). Elle ressemble, au contraire, de très près, au genre de simulation volontaire qui fait appel à des moyens plastiques et mimiques ; mais elle ne mérite vraiment le nom d'hystérie qu'à la condition de rester quelque peu sincère, de n'être pas entièrement intentionnelle : cette simulation inconsciente ou subconsciente des syndromes répond à une réalité clinique évidente, malgré l'opinion de certains auteurs qui semblent ramener l'hystérie à une simulation toujours intentionnelle.

En bonne nosologie, il faut donc maintenir soigneusement à cette variété particulière de mythomanie qu'est le pithiatisme son autonomie clinique, car ni les délires d'imagination, ni la pathomimie, ni la simulation intentionnelle ne comportent la même évolution et le même traitement que l'hystérie proprement dite.

***

Cette doctrine de l'hystérie « présentation fictive et plus ou moins inconsciente des syndromes » a été adoptée par nombre d'auteurs, notamment par M. H. Meige, dans son article de la *Pratique médico-chirurgicale* sur l'hystérie.

On pourrait aisément montrer qu'elle n'est que la *transposition psychiatrique de la doctrine de Babinski*, complétée peut-être et précisée sur certains points.

Quant à la *doctrine de Freud*, elle voit aussi dans l'hystérie une fiction du pathologique, une « poésie des symptômes » composée par l'inconscient. Mais ce n'est là pour Freud qu'une façade. Le poème est symbolique et exprime, en langue de symptômes, des émotions sexuelles refoulées. On se demande comment l'école de Freud (1) a pu soutenir semblable théorie, de façon univoque, même en ce qui concerne l'hystérie de guerre ou des accidents du travail. Nous ne croyons pas impossible, toutefois, que, dans certains faits, le syndrome hystérique apparaisse comme un jeu de scène non destiné au méde-

(1) Mais non, semble-t-il, Freud lui-même, un peu plus réservé. « Il est rare, écrit A. France, qu'un maître appartienne autant que ses élèves à l'École qu'il a fondée. »

cin et à l'entourage (ce qui nous semble pourtant le cas de beaucoup le plus habituel) mais au sujet lui-même, dans une sorte de rêverie solitaire, analogue aux « délires imaginatifs de rêverie ». Quoi qu'il en soit, l'expérience montre qu'on peut toujours, et sans faire appel aux subtilités contestables du freudisme, guérir par contre-suggestion imaginative simple, à la Babinski, l'hystérie, dûment diagnostiquée. Et il y a lieu de se demander si la psychoanalyse, loin d'agir aussi spécifiquement qu'elle le croit, n'est pas tout simplement un *procédé de suggestion qui s'ignore*, procédé puissant et redoutable, qui s'appuie sur l'émoi sexuel, procédé tortueux et scabreux, qui semble «pêcher la guérison en eau trouble».

II. — PATHOLOGIE DE L'ÉMOTIVITÉ

LES ANXIEUX (1)

Il existe des psychopathes qui sont des anxieux et *rien que des anxieux* ; et cette anxiété, à manifestations multiples, aiguës, subaiguës ou chroniques, est, le plus souvent, en rapport avec une disposition innée, que nous avons décrite sous le nom de *constitution anxieuse*.

Cette *pathologie autonome de l'anxiété constitutionnelle*, dont la notion est maintenant admise par la grande majorité des psychiatres, n'avait pas encore été isolée et systématiquement étudiée, en un travail d'ensemble.

I. Historique. — On connaissait, sans doute, la pathologie, si bien élucidée par les classiques, des phobies, obsessions et impulsions. Mais, si beaucoup d'auteurs admettaient, comme l'ont fait si justement Pitres et Régis, que l'anxiété prend une part essentielle au déterminisme psychologique de ces syndromes, on omettait de décrire, en un chapitre spécial, les anxieux qui ne sont qu'anxieux, ou ne sont du moins qu'accessoirement phobiques et obsédés. D'autres auteurs appliquaient aux mêmes syndromes les épithètes, inexactes ou trop extensives, de neurasthéniques ou psychasthéniques ; quelques-uns les rattachaient, sans plus de vérité clinique, aux accidents de la psychose maniaque dépressive et de la cyclothymie. D'autres encore invoquaient, dans certains cas, l'hystérie.

Cette pathologie autonome des états anxieux devait faire un grand progrès à la suite des études retentissantes de Freud sur la *névrose d'angoisse*. C'est

(1) Devaux et Logre, Les anxieux. Paris, Masson, 1916. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine (1917).

à lui que revient le mérite d'avoir, le premier, parmi les multiples manifestations rattachées par Janet à la psychasthénie, isolé un ensemble de troubles psychosomatiques bien définis, dont l'émotivité anxieuse est le symptôme essentiel et prédominant. Mais, lorsqu'on se reporte à ses descriptions cliniques, on s'aperçoit que le tableau morbide, analysé par lui avec tant de finesse et de pénétration, est incomplet. On y trouve les accidents aigus où subaigus, les « crises » anxieuses ou les « périodes » morbides, plus ou moins prolongées, d'anxiété. Mais il néglige d'étudier le *terrain*, la disposition émotive, permanente ou habituelle, bref la *constitution anxieuse*, qui se révèle, au cours de la vie tout entière du malade, par mille petits signes sur lesquels nous avons particulièrement insisté. Et si sa description clinique est incomplète, c'est parce que les notions pathogéniques mises en avant par Freud sont elles-mêmes partielles et partiales : il n'a voulu voir, comme condition provocatrice de l'anxiété, que l'*insatisfaction sexuelle* (1) (*frustane Erregung*). C'est l'ampleur même de sa synthèse pansexualiste qui l'a conduit à restreindre abusivement le champ de la pathologie anxieuse autonome. Il n'a pas fait la part, dans l'origine des accidents, à la disposition anxieuse constitutionnelle, qui est, cependant, une réalité clinique évidente, reconnaissable à maint symptôme physique et psychique. Cette disposition anxieuse originelle paraît jouer un rôle primordial dans la plupart des cas de psychonévrose d'angoisse, même lorsqu'ils sont imputables à cette insatisfaction sexuelle, dont nous n'avons pas prétendu nier, mais seulement limiter l'importance étiologique.

En somme, deux notions nouvelles : l'une *clinique*, la « constitution anxieuse », avec sa description psychosomatique ; l'autre *étiologique* : fréquence de cette constitution anxieuse, cliniquement avérée, dans les antécédents des malades atteints de psychonévrose anxieuse, avec ou sans élément psycho-sexuel favorisant.

II. Étude générale de l'anxiété. — Après avoir *défini l'anxiété* : une « émotion », caractérisée par un « état de *douleur morale* et d'*incertitude* », avec « sensation fréquente de *constriction physique* », à laquelle il faut réserver le mot d'*angoisse*, nous avons *analysé l'anxiété*, qu'on peut ainsi décomposer en ses éléments principaux : l'insécurité, élément affectif ; le doute, élément intellectuel ; et l'irrésolution, élément volontaire. Nous avons montré comment et pourquoi l'anxiété est, plus que toute autre émotion, intolérable : émotion à la fois dépressive (fond de tristesse et de pessimisme), sthénique (tristesse active, avec réaction de défense), contradictoire (égale impossibi-

(1) Il fait, à vrai dire, une part, mais très minime, à d'autres conditions que l'insatisfaction sexuelle.

lité de repos et d'action, l'anxiété « ne pouvant ni renoncer comme le désespoir, ni agir comme la colère » et la force nerveuse inutilisée se dérivant tout entière sur le sujet lui-même, sous forme d'émotivité stérile qui l'épuise). Biologiquement, l'anxiété est la réaction de l'instinct de conservation contre la menace du danger ; elle est la tentative douloureuse et impossible de l'individu pour s'adapter au malheur incertain.

Nous avons, d'autre part, — en une description non encore tentée à notre connaissance, — analysé l'*angoisse* et distingué ses multiples variétés : angoisse *respiratoire* (laryngée, thoracique, diaphragmatique) ; angoisse *digestive* (pharyngée, épigastrique, intestinale) ; angoisse *cardiaque* (griffe, déchirement, crève-cœur, cœur serré, cœur gros, fendu, etc.) ; angoisse *céphalique* (constriction des tempes, de la nuque, contraction du visage, masque « tragique et concentré » dans l'anxieux). L'angoisse répond à la fois à un malaise cénesthésique et à un état spasmodique, surtout interne ; c'est une *émotivité viscérale et profonde*, caractérisée essentiellement par le spasme des muscles lisses. Ajoutons la fréquence de l'« inquiétude », au sens étymologique (*in quies*), l'incapacité de rester au repos, l'agitation désordonnée, monotone et stérile, l'excitation motrice généralisée, tendant à diffuser sur toute la musculature striée, et pouvant aller jusqu'à la « crise de nerfs » (crise convulsive émotive et anxieuse ; il faut se garder de la confondre avec la crise hystérique, qui n'en est que la contrefaçon mythopathique).

III. La constitution anxieuse. — Après avoir étudié les troubles élémentaires (anxiété, angoisse), nous avons décrit le fond mental et le substratum organique, c'est-à-dire abordé l'histoire de la *constitution anxieuse*, dont nous avons précisé les *stigmates psychiques et neurologiques permanents*. Nous avons rappelé que la constitution anxieuse est une variété, une forme clinique, particulièrement intéressante, de la « constitution émotive » de Dupré.

a. Stigmates physiques. — Spasmes *digestifs* divers, dysphagie (déglutition laborieuse des cachets, difficulté des cathétérismes, etc.), « boule » pharyngée ou épigastrique, aérophagie, tendance à l'antipéristaltisme et aux coliques, nausées, contracture pylorique, entéro-colite nerveuse, spasme anal, épreintes, ténesme ; spasmes *respiratoires* : troubles phonatoires, bégaiements, oppressions, suffocations, certaines formes d'ictus laryngés et de dyspnées paroxystiques ; spasmes *circulatoires* : certains paroxysmes tachycardiques et surtout « fausse angine » de poitrine ; troubles vaso-moteurs périphériques, rougeurs, amorce d'éreutophobie, etc. ; spasmes *génitaux* : spermatorrhée, éjaculation brusque due à l'énervement anxieux, vaginisme, etc. ; spasmes vésicaux, etc. Signalons encore les tendances vertigineuses et lipothymiques.

b. Stigmates psychiques. — Aptitude anormale aux réactions anxieuses, qui sont excessives, à la fois, par leur fréquence, leur intensité, leur durée et leurs retentissements multiples. Anxiété essentielle et primitive, anxiété diffuse et immotivée, souvent antérieure à la notion d'un danger précis. Disposition panophobique, impressionnabilité, sursauts. Présages et pressentiments, timidité; impression d'incapacité, d'infériorité. Inquiétude sur la santé, « hypocondrie », inspirée et entretenue, le plus souvent, par les sensations intimes anormales (malaises cénesthésiques et spasmes, faux angor, fausse appendicite, etc.); soins médicaux excessifs, malades à régimes. Chagrins inconsolables, regrets, scrupules et remords. Suggestibilité anxieuse. Associations par contraste, tirant de la tranquillité présente le prétexte même de l'inquiétude. Inhibition anxieuse. Aboulie, hésitation, perplexité. Disposition émotivo-asthénique, fatigabilité ; insomnie anxieuse. Impuissance sexuelle par anxiété, etc.

Nous avons décrit la *vie de l'anxieux*: enfant craintif, sensitif, « aux vaines tendresses »; adolescent timide, aux susceptibilités et pudeurs excessives; époux ou épouse « jaloux par anxiété », mère inquiète et involontairement tyrannique, organisant autour de ses enfants la « persécution de la tendresse», par altruisme anxieux (accaparement des enfants, sollicitude, restrictions et précautions outrées et intolérables, etc.); plus tard, vers l'âge critique, l'anxiété de vieillir, l'angoisse des cheveux blancs, de la calvitie et des rides ; la peur de finir dans la solitude et la pauvreté (avarice par anxiété); crainte et méditation anxieuse de la mort.

Nous avons indiqué certains *réactifs*, certaines épreuves de la vie quotidienne, susceptibles de mettre en évidence les stigmates de la constitution anxieuse : bruit inopiné qui fait tressaillir (bouchon de champagne); dépêche, dont l'arrivée inattendue inquiète et affole ; départ en voyage, séparation, adieu; alertes, menaces d'incendie, d'inondation, d'émeute, etc. ; épreuve des examens et concours, épreuve de la maladie, de la consultation médicale, de l'intervention chirurgicale, etc. Intolérance à la surprise et surtout à l'attente (1), morosité des réveils, des « reprises de contact avec la vie » ; prédominance matinale de l'anxiété constitutionnelle.

Moyens de défense : recours aux conseils et surtout à l'action de présence du directeur de conscience, du prêtre, du médecin ; besoin d'autorité, de foi et de dogme. Dispositions religieuses et mystiques, confession et prières ;

(1) Tacite, à propos de Galba, homme d'un naturel inquiet, donne cette admirable formule de la disposition anxieuse : « *Spei impatiens et mora æger* »: il ne pouvait pas supporter l'espérance et l'attente le rendait malade.

superstitions, talismans, fétiches et amulettes (inspecter le porte-monnaie de l'anxieux) ; manœuvres de conjuration, propos et gestes cabalistiques, formules magiques, etc.

Enfin, association habituelle de la disposition anxieuse avec d'*autres déséquilibres*, qui ne sont peut-être pas étrangers à son déterminisme pathogénique : les *déséquilibres glandulaires*, dysthyroïdie, dysovarie, etc. ; certaines *malformations viscérales* : tendance aux « dilatations » et aux « ptoses » ; la *déséquilibration motrice* de Dupré : éréthisme réflexe de la musculature striée sous la dépendance du névraxe (déséquilibre moteur), associé à l'éréthisme réflexe de la musculature lisse sous la dépendance du sympathique (déséquilibre émotif).

* * *

Après la description du terrain, nous avons abordé celle des *accidents*, c'est-à-dire des recrudescences, brèves ou prolongées, de la disposition anxieuse qui est, en réalité, *continue avec paroxysmes* ; ces paroxysmes sont : tantôt provoqués (émotion, fatigue, maladie), tantôt en apparence spontanés.

Nous avons envisagé, tour à tour, les *accidents aigus* : c'est la « crise anxieuse », et les *accidents subaigus* ou prolongés : c'est la « psychonévrose anxieuse ». Il n'existe guère d'accidents chroniques à proprement parler. Les phases nettement morbides d'anxiété ont coutume de guérir, de s'apaiser notablement tout au moins ; seule, dans la grande majorité des cas, la « disposition » anxieuse est chronique.

* * *

IV. La crise anxieuse. — La « crise anxieuse » est d'observation fréquente, certains sujets n'ayant que des accidents aigus et passagers, sur fond de disposition anxieuse habituelle. Séméiologie très variée, mais assez univoque pour chaque malade : tantôt « crise de nerfs », avec réaction *convulsive* ; tantôt « ictus émotif », avec signes prédominants de *défaillance lipothymique*, pouvant aller jusqu'à la syncope ; parfois coexistence, avec les états lipothymiques, d'états *vertigineux* et *nauséeux* ; tantôt prédominance d'*anxiété psychique*, d'inquiétude extrême, sans motif ou avec motif insignifiant ; tantôt prédominance d'*angoisse*, soit cardiaque, avec impression de mort imminente, d' « arrêt du cœur », soit *digestive*, avec crainte d'empoisonnement, etc. ; tantôt formes *coléreuses*, avec trépignement, grincements de dents, décharges

motrices violentes. Dans beaucoup de ces cas, on note de la mydriase, de l'accélération ou du ralentissement du pouls, des sueurs, de la salivation, et la crise se termine habituellement par une *débâcle d'urines* claires, dites nerveuses, quelquefois avec diarrhée. Cet orage d'émotivité anxieuse, souvent nocturne, ne dure guère plus de quelques heures. Le malade, affolé, réclame d'urgence, quand il peut parler, le secours d'un médecin qui, par sa seule présence, son autorité, ses affirmations rassurantes, ramène d'ordinaire assez vite le calme dans l'esprit du sujet. L'administration de certains antispasmodiques et anti-anxieux (éther, valériane, opium, injection de phosphate de codéine, etc.) a parfois une action favorable presque immédiate.

* * *

V. La Psychonévrose anxieuse. — Nous avons également décrit les *recrudescences subaiguës*, ou prolongées, de la disposition anxieuse constitutionnelle ; on peut les désigner, avec Freud, du nom de « névrose d'angoisse ». Nous préférerions : psychonévrose d'angoisse ou *psychonévrose anxieuse*, l'appellation de Freud sacrifiant les éléments psychiques aux éléments physiques, « psychose » à « névrose » et « anxiété » à « angoisse ». Les malades, au cours de ces exacerbations, qui durent des semaines et des mois, doivent suspendre leur activité pratique et se faire soigner ; on les voit en clientèle privée plutôt que dans les consultations publiques, et dans les maisons de santé plutôt que dans les hôpitaux ou les asiles.

Ces malades se plaignent surtout de leur émotivité anxieuse et angoissante (inquiétude sans objet, dispositions pantophobiques, craintes et préoccupations diverses ; oppression, serrement à la gorge, battements de cœur, insomnie, etc.). *L'anxiété morbide est, pour eux, ce que la fatigue est aux neurasthéniques* : la cause essentielle de leurs maux et le thème habituel de leurs doléances. Chez ces malades, l'anxiété constitutionnelle, objectivement révélée par ses stigmates psychiques et neurologiques, résume donc, à la fois, dans ce qu'elles ont d'essentiel, la séméiologie et l'étiologie du syndrome.

Nous avons insisté sur le *diagnostic différentiel* de cette psychonévrose, manifestation de la pathologie autonome de l'anxiété diffuse, avec les syndromes suivants, qui s'en distinguent par leur aspect clinique et par leur évolution : syndromes *mélancoliques* (pathologie intermittente de l'affectivité, « récidivante » plutôt que « continue avec paroxysmes », inhibition morne et prostrée plutôt qu'excitation douloureuse, comme dans l'anxiété primitive ; trouble généralisé à toute l'activité psychique et tendant au

délire, accès de dépression alternant avec des accès d'excitation maniaque, etc.) ; syndromes *neurasthéniques* vrais (pathologie de la fatigue mentale et physique, selon la description classique de Beard) ; syndromes *hystériques* (pathologie de l'imagination); syndromes *phobiques et obsédants* (anxiété localisée et spécialisée, différant de la psychonévrose anxieuse, à peu près comme des points névralgiques diffèrent d'un malaise cénesthésique); syndromes *hypocondriaques* (anxiété, plus ou moins systématique, tendant au délire), etc.



VI. Critique de la doctrine de Freud. — Suit une critique de la doctrine de Freud, quant à l'*étiologie* de la psychonévrose d'angoisse :

a. Il ne fait pas suffisamment *la part de l'élément constitutionnel* ;

b. En attribuant à la psychonévrose d'angoisse une cause *presque toujours sexuelle*, il a confondu une étiologie fréquente avec une étiologie exclusive ;

c. Enfin, même quand l'origine de l'angoisse peut être rapportée à la sexualité, il arrive encore, bien souvent, que l'insatisfaction sexuelle soit *secondaire*, en tout ou en partie, aux troubles, psychiques ou somatiques, de la constitution émotive (timidité, impuissance émotive; éréthisme : éjaculation prématurée, vaginisme, etc.). Nous avons spécifié toutefois que l'insatisfaction sexuelle possède, sans aucun doute, une importance étiologique de premier ordre, bien connue d'ailleurs depuis Hippocrate ; mais elle ne constitue qu'un cas privilégié des émotions sans issue et des *rétentions affectives*, quelles qu'elles soient. On peut poser, en effet, cette loi, que chez la plupart des sujets, et notamment chez les émotifs constitutionnels, « *l'anxiété est la forme naturelle que tend à prendre le potentiel psychique non dépensé* ».

Chez d'autres sujets, d'ailleurs, l'émotion sans issue, la rétention affective, sexuelle ou autre, peut s'épancher indirectement, selon d'autres moyens d'expression, empruntés à d'autres déséquilibres prédominants : tel un cours d'eau qui, rencontrant un barrage, trouve quand même son écoulement, en suivant la ligne de moindre résistance. Rappelons, par exemple, le cas d'une malade (1), grande déséquilibrée motrice (tics, spasmes, blépharospasme, etc.), dont l'érotisme insatisfait s'extériorisait sous forme de crises motrices panclastiques, survenant lorsque son mari n'avait pas fait « tout son devoir ». Cette idée de la rétention affective et de sa *décharge* brusque, ou de son épan-

(1) Dupré et Logre, Déséquilibre moteur et psycho-sexualité (*La Médecine*, février 1921).

chement prolongé, selon des modes d'expression électifs et variés (anxiété, déséquilibre moteur, mythomanie, ou même activité normale) nous paraît plus large et plus juste que la conception, étroite et univoque, de Freud.

*
* *

VII. L'anxiété de guerre. — En un chapitre spécial, nous avons étudié l'*anxiété de guerre*. La pathologie autonome de l'anxiété, sous le choc d'émotions incomparablement intenses, et souvent prolongées, a revêtu, pendant la guerre, deux formes principales, dont la limite est assez difficile à marquer :

a. L'*anxiété acquise*, due aux émotions intenses et aux émotions répétées, ou encore à des commotions, chez des sujets dont l'équilibre nerveux paraissait jusqu'alors normal. Il s'agit là d'anxiété acquise, pouvant, lorsqu'elle est durable, réaliser un déséquilibre permanent, une sorte de *constitution anxieuse acquise*. La guerre nous a appris à mieux connaître ces états émotifs et anxieux acquis, souvent passagers, parfois durables, dont les émotions et commotions du temps de paix fournissaient déjà des exemples, mais moins nombreux et peut-être moins typiques ;

b. L'*anxiété constitutionnelle*, aux prises avec les épreuves et les émotions de la guerre. Son existence, bien établie, et suffisamment accusée, pouvait rendre intenable pour le malade un poste de l'avant, et favoriser l'éclosion de syndromes anxieux multiples, avec ou sans élément confusionnel et délirant (1).

Avec le professeur Abadie, nous avons insisté, les premiers, croyons-nous, sur un syndrome anxieux particulier, que nous avons décrit sous le nom de : *poltronnerie pathologique*.

Le poltron, d'ordinaire émotif constitutionnel, est dominé par la *peur continue et incoercible du danger de guerre*. Il a la « phobie » du front ou des tranchées ; ses camarades se moquent de ses alarmes, de ses sursauts, de son affolement. On le traite de « froussard », on le montre au doigt. Les chefs renoncent à l'employer, car on ne peut compter sur lui : non seulement on ne l'envoie plus en patrouille, mais on ne lui confie même plus les gardes. On le relègue aux cuisines, où il gâte les sauces et renverse les plats dans sa maladresse émotive. On lui fait laver le linge. On l'embusque, autant qu'il est possible d'embusquer dans la tranchée.

Cette poltronnerie foncière peut, selon la loi ordinaire des états émotifs,

(1) Voir le travail de R. Mallet sur les états anxieux et délirants de guerre (*Annales médico-psychologiques* 1920) et Traité de Sergent. Psychyatrie, t. I.

s'exaspérer sous forme d'*anxiété subaiguë*. Le sujet devient alors un malade véritable. Il ne dort plus, ne mange plus, souffre de diarrhée, s'anémie et dépérit. Il gémit, tressaille aux bruits et se cache. Il répète en lui-même, à chaque sifflement d'obus : « Celui-ci est pour moi ». Il se fait porter malade et n'est pas toujours reconnu. Souvent, il *abandonne son poste* ou *déserte*, soit délibérément, soit impulsivement, dans un raptus anxieux, parfois confusionnel.

On observe encore, chez ces poltrons, des *crises émotives aiguës*, avec anxiété et angoisse extrêmes, constriction à la gorge, oppression à l'épigastre, dyspnée, gesticulation convulsive, tendances lipothymiques. Crises anxieuses, qui n'ont rien de commun avec l'hystérie, sauf quand le sujet les exploite et les embellit, de façon plus ou moins inconsciente, par quelque mise en scène supplémentaire.

Nous avons étudié à ce sujet, du *point de vue médico-légal militaire*, les *fugues* (1) des poltrons pathologiques ; nous avons essayé de résoudre ce problème médico-légal, à la fois important et délicat : dans quels cas, et dans quelle mesure, l'absence de courage et la fuite devant l'ennemi peuvent-elles être regardées comme pathologiques, c'est-à-dire susceptibles d'entraîner l'irresponsabilité pénale?

En regard de la poltronnerie par prédisposition anxieuse, nous avons étudié la poltronnerie par disposition anxieuse accidentelle, la *poltronnerie acquise*. A la suite d'un choc émotif, accompagné ou non de commotion physique et de blessure, le sujet, qui était brave, devient poltron. Il est déchu de son courage guerrier. En entendant le canon, il a peur, il tremble, il ne peut ni cacher ni maîtriser son trouble. Il s'agit là, en quelque sorte, d'*anaphylaxie émotive*... Cette poltronnerie acquise est le résultat d'un traumatisme moral de guerre, contracté en service ; atteint dans son corps, le soldat aurait droit aux égards qu'on prodigue aux blessés ; atteint dans son esprit, il a, en réalité, les mêmes droits. Il est devenu, au sens propre et militaire du mot, un blessé, un invalide, mais un « invalide du courage ».

Nous avions montré, par ailleurs, avec Devaux (2), que, même dans les *états toxi-infectieux* les plus typiques, les soldats présentaient souvent une anxiété confusionnelle inspirée par les événements tragiques de leur vie quotidienne, une anxiété de guerre. L'*onirisme guerrier*, au cours de la fièvre typhoïde, comme dans le *delirium tremens* de l'alcoolisme, pouvait être

(1) Logre, Sur quelques cas de fugue pathologique (*Revue neurologique*, juillet 1916).
(2) Devaux et Logre, Les délires guerriers dans la fièvre typhoïde (*Presse médicale*, 23 septembre 1915).

considéré comme le « rêve professionnel » du soldat, rêve habituellement anxieux et parfois terrifiant.

Nous avons également signalé que l'émotion anxieuse (comme les traumatismes et les toxi-infections) peut, non seulement provoquer des états confusionnels, mais encore éveiller, chez les prédisposés, les manifestations les plus diverses de la pathologie constitutionnelle, et, pourrait-on dire, de la *pathologie mentale tout entière* (manie, mélancolie, psychoses délirantes variées, syndromes hébéphréno-catatoniques, transitoires ou durables, etc.). Chez un de nos malades, la poltronnerie acquise révélait, en réalité, une paralysie générale au début (déchéance morale, perte de l'inhibition volontaire et du sens du devoir, symptômes initiaux de démence paralytique, ayant dégradé, de façon élective, le courage du soldat) (1).

***

VIII. Traitement de l'anxiété essentielle. — En ce qui concerne le *traitement* de l'anxiété constitutionnelle, nous avons rappelé d'abord les moyens médicamenteux et physiques : *opium*, médicament spécifique de l'anxiété (à administrer par petites doses, en évitant l'accoutumance ; s'abstenir chez les sujets à tendances toxicomaniaques) ; le *bromure*, calmant par excellence des éréthismes moteurs réflexes ; l'*hydrothérapie chaude* ou tiède, les bains, douches, applications et enveloppements chauds, les bains de lumière, etc.

Nous avons insisté tout particulièrement sur la *psychothérapie de l'anxieux*. Elle ne consiste ni à « raisonner » l'anxieux comme un sujet normal, ni à mettre en jeu la « suggestibilité imaginative » comme dans la cure de l'hystérie, où l'on peut supprimer le symptôme en extirpant l'idée, la conviction subconsciente qui suffit à le créer ; elle consiste, avant tout, à *rassurer* le malade, à lui servir de confident et de consolateur, à lui montrer qu'on le comprend, qu'on connaît ses malaises et qu'on sympathise avec lui, à lui inspirer confiance en son médecin d'abord, puis en lui-même ; on fera preuve, à son égard, de douceur bienveillante, mais aussi de fermeté, indulgente et modérée, dépourvue de rudesse ou d'ironie. Il faut posséder surtout le don de l'*autorité morale*, car l'anxieux est un douteur et un aboulique ; désemparé, avide de foi et de dogme, il a besoin d'affirmation étrangère catégorique tranchante et décisive, qui n'est pas tenue de donner ses preuves et, encore moins, de les discuter. Nous avons signalé l'*action de présence* du médecin,

(1) Logre, Poltronnerie morbide, symptomatique de paralysie générale (*Réunion méd. V*[e] *armée*, juillet 1917).

souvent merveilleuse et providentielle, auprès de l'anxieux, « pareil à l'enfant qui a peur » : action de présence qui communique et transfuse, en quelque sorte, au malade un peu de l'assurance et de la tranquillité du médecin lui-même ; action répétée et infatigable, lente à se prolonger dans l'intervalle des visites, et dont le succès doit être considéré comme une œuvre de longue patience.

Quant à la *doctrine de Freud* et à la psycho-analyse, elles risquent, lorsqu'on passe à leurs applications pratiques, d'aboutir à la « *culture de l'anxiété* », comme elles mènent, dans d'autres circonstances, à la « culture de l'hystérie ». Sans doute peut-il être utile de recommander — avec quelques indications physiologiques à l'appui — la « pratique normale de la sexualité », laquelle est loin, d'ailleurs, de constituer un remède infaillible. Mais, dans beaucoup de cas, pour des raisons sociales ou physiologiques, sur lesquelles nous n'insisterons pas, ce conseil, difficile ou impossible à suivre, risque trop de ressembler à une ironie ou même à une mauvaise action. Souvent aussi, cette pratique normale de l'acte sexuel est entravée précisément par l'état maladif de l'émotivité, qu'il s'agit de guérir (impuissance émotive, éjaculation précoce ou vaginisme rebelle, etc.). Et cette notion freudique, d'ailleurs si mal démontrée dans la plupart des cas, n'est pas sans danger pour la bonne entente et la tranquillité des ménages (la femme, par exemple, imputant désormais tous ses malaises à l'insuffisance génitale de son mari, qu'elle se croit en droit de détester pour des raisons dites « scientifiques » : forme obscène du bovarysme ; « transfert » sur le médecin, etc.).

Enfin, il ne faut pas oublier que les paroxysmes de l'émotivité constitutionnelle sont essentiellement curables et *transitoires*. Ils comportent, par leur nature même, une évolution que la thérapeutique ne peut modifier que dans une certaine mesure. Le médecin — surtout le médecin inexpérimenté — est trop aisément enclin à méconnaître les lois de cette *évolution spontanée*, et à s'attribuer les honneurs d'une guérison, où le traitement n'a fait, tout au plus, que favoriser la nature.

***

IX. Services ouverts pour psychopathes dans les hopitaux — Recommandant, pour les anxieux, le séjour dans une maison de santé ouverte, nous ajoutions les lignes suivantes, amorçant ainsi, dès *1914*, la campagne retentissante menée, avec quelque fruit, depuis la guerre, en faveur des *services ouverts pour psychopathes* (*Les Anxieux*, p. 273) : « Malheureuse-

ment, par suite de l'imperfection et des lacunes de l'assistance médicale, ces considérations thérapeutiques ne peuvent guère s'appliquer, à l'heure présente, qu'à la clientèle riche : *le psychopathe pauvre semble*, au contraire, *avoir été oublié par la sollicitude des pouvoirs publics*. Dans la plupart des cas, le malade en est réduit, soit à solliciter son admission dans un hôpital ordinaire, où il est souvent mal compris et méconnu, soit à subir, faute de mieux, par la voie du placement volontaire, un internement préjudiciable ; il grève, par là, son dossier administratif d'un antécédent que le public considère comme une tare. Et c'est ainsi que, pour l'anxieux, inquiet de son avenir, le traitement lui-même devient une cause, en partie légitime, de préoccupations nouvelles. De même qu'on a réclamé des services de délirants dans les hôpitaux pour les intoxiqués et les infectés, il y aurait lieu de réclamer des *services d'hôpitaux pour les psychopathes*, et notamment pour les anxieux, qui ne relèvent pas de l'asile d'aliénés. »

*
* *

L'ANXIÉTÉ SYMPTOMATIQUE. — Dans notre livre sur les anxieux, à côté de la pathologie autonome de l'anxiété (anxiété essentielle, presque toujours constitutionnelle, et assez rarement acquise à la suite des émotions, des commotions, etc.), nous avons également étudié l'*anxiété symptomatique*, survenant au cours des affections mentales les plus diverses. Nous avons eu ainsi l'occasion de passer en revue et d'esquisser, en une description, à la fois brève et personnelle, la plupart des grands syndromes psychiatriques ; de la sorte, notre livre devenait un véritable *résumé de médecine mentale*. Nous avons envisagé, tour à tour, l'« anxiété obsessive », l' « anxiété mélancolique », l' « anxiété maniaque » ; nous avons tracé le tableau de l' « anxiété confusionnelle », « épileptique » et « neurasthénique ». Nous avons abordé successivement, d'un point de vue particulier, et à propos du symptôme anxiété, quelques-uns des problèmes les plus captivants et les plus controversés de la psychiatrie contemporaine : la doctrine de Freud (au chapitre de obsessions), la question des « persécutés mélancoliques », celles des « états mixtes », des « psychoses associées », les « rapports de l'émotion et de l'hystérie », la « dégénérescence », les « psychoses émotives » et les « psychoses traumatiques », etc.

Nous avons montré, notamment, à propos des *mélancoliques persécutés* (p. 120-122), que les idées de persécution mélancolique traduisent dans un ordre de faits particulier, concernant les rapports du malade avec ses semblables, l'impression douloureuse et généralisée qu'il éprouve de sa déchéance ;

c'est la « forme sociale de son sentiment d'impuissance »; idée reprise et développée par M. Cellier (*Annales médico-psychologiques*, 1922).

Signalons encore la notion originale de l' « *anxiété maniaque* », conçue comme la manifestation de la « fuite des émotions » (Séglas), associée à la classique « fuite des idées ».



La dégénérescence. — Insistons enfin sur une conception, assez personnelle, de la *dégénérescence* (p. 189), celle-ci étant regardée comme un syndrome « tératologique », une « malformation » originelle, due à des conditions de « procréation » défectueuse, ayant atteint l'être dans son germe et son évolution initiale, dans le plan et l'élaboration mêmes de son organisme, de sa constitution, *ab ovo*. Nous avancions cette idée, en apparence seulement paradoxale, que la pathologie dégénérative est, du moins à ses débuts, non pas tant *une transmission qu'une création de l'hérédité*; sous son influence, le fils ne ressemble plus à ses parents; par exemple : la confusion mentale du père (pathologie acquise de l'individu) fait place à la disposition anxieuse et obsédante du fils (pathologie constitutionnelle de la descendance); et le petit-fils, lui-même, bien qu'il puisse hériter de cette pathologie, devenue transmissible, aura quelques chances de s'éloigner, à son tour, du type biologique de ses parents, par progression dégénérative, suivant la loi de Morel. Bref, la dégénérescence se traduit essentiellement par une déviation héréditaire, avec *apparition d'une pathologie nouvelle originale*, due à l'évolution défectueuse du germe. La pathologie mentale « philogénique », dont il faut chercher l'étiologie dans l'histoire de la race, succède, par l'intermédiaire de cette transformation germinative, la pathologie mentale « ontogénique », dont l'étiologie se rattache seulement à l'histoire de l'individu.

Pathologie acquise et constitutionnelle. — D'où l'opposition entre la *pathologie acquise*, individuelle, qui est surtout celle de la confusion mentale et de la démence (perturbation ou destruction des matériaux psychiques, obscurcissement ou extinction de l'intelligence), avec la *pathologie constitutionnelle*, qui est surtout celle de la débilité et de la déséquilibration mentales (manifestations permanentes ou paroxystiques de la faiblesse ou du dérèglement congénitaux de l'esprit ; pathologie conforme aux dispositions préexistantes du sujet, pathologie, non de détérioration, mais d'*accentuation*

des tendances morbides, pathologie en général *lucide*, exprimant la personnalité même du sujet) (1).

Doctrine des constitutions. — D'où encore, la *doctrine des constitutions* (2), d'après laquelle les accidents d'origine dégénérative ne sont que les manifestations d'une *disposition originelle et continue*, dont on peut, le plus souvent, déceler les stigmates, permanents ou habituels, pendant toute la vie du sujet : « constitution anxieuse », « constitution imaginative », « constitution paranoïaque », « constitution perverse », etc.

Association psychopathique. — Et nous avons indiqué, enfin, comment la *complexité, tout individuelle, des états psychopathiques*, peut s'expliquer, en grande partie, par les *interréactions*, indéfiniment variées, des éléments de la pathologie acquise et de la pathologie constitutionnelle chez un même sujet (mise en jeu des aptitudes constitutionnelles par l'infection ou l'intoxication ; réveil de la mythomanie à la faveur de l'amnésie presbyophrénique, etc. ; d'autre part, sensibilisation des éléments de la pathologie constitutionnelle les uns par les autres : anxiété et imagination, etc.). D'où la notion intéressante des *associations psychopathiques* : psychopathies sensibilisant des constitutions, ou constitutions se sensibilisant entre elles, plutôt que psychoses se rencontrant avec d'autres psychoses (« Psychoses associées », de Masselon).

* * *

Anxiété réactionnelle et « syntonie ». — La pathologie de l'émotivité et de l'anxiété reste à l'ordre du jour. L'École de Zurich a, sous le nom de « syntonie », mis en relief une disposition particulière qui, normale ou pathologique selon ses degrés et ses modes, se caractérise par la « vibration affective », en quelque sorte « à l'unisson des événements réels ». Il est utile, en effet, de distinguer — un peu schématiquement, sans doute — entre l'émotivité *spontanée* et l'émotivité *provoquée* : certains anxieux n'ont guère que de l'anxiété primitive et « à vide », d'autres n'ont que de l'anxiété secon-

(1) Cette opposition entre la pathologie, surtout confusionnelle, des états psychopathiques acquis et la pathologie, essentiellement lucide, des états constitutionnels a été reprise et développée récemment par MM. Delmas et Boll (La personnalité humaine, son analyse. Paris, Flammarion, 1922).

(2) Également reprise par MM. Delmas et Boll, dans leur livre sur la personnalité humaine, cette doctrine des constitutions avait été formulée, pour la première fois, de façon systématique, dans la préface de notre livre sur « les anxieux » ; le professeur Dupré l'a exposée et développée, à nouveau, dans son cours inaugural à la Faculté (1919).

daire et motivée. La « *mélancolie affective* » des anciens auteurs, qui appartient à cette pathologie de l'émotivité provoquée, et non, semble-t-il le plus souvent, à la psychose intermittente, mérite d'être étudiée à cet égard. Chez ces prédisposés, un événement (une déception sentimentale, la perte d'un être cher, la perspective de la ruine imminente, une spéculation malheureuse sur les changes, etc.) suscite un état d'émotivité à prédominance psychique, sans délire mélancolique véritable, et entiérement relatif au malheur sous le choc duquel le ressort moral s'est comme affaissé. L'évolution, d'ordinaire régressive, tend assez lentement vers la guérison, mais peut survenir tout à coup, quand la cause morale cesse, elle aussi, brusquement (par exemple : rapatriement d'un prisonnier). Et le sujet syntone peut alors manifester une joie exubérante, avec excitation psychique diffuse qui fait songer à l'état maniaque, sans appartenir cependant, en aucune façon, à la psychose intermittente. Chez ces individus syntones (mais syntones à l'excès, comme un microphone peut l'être), les réactions émotives nous ont paru un peu particuliéres (prédominance de la dépression sans inhibition idéative trés marquée, anxiété plutôt qu'angoisse, phénoménes physiques, d'ordre en général sympathicotonique : hyposécrétions et hypotonies, paresse digestive, constipation, etc.) Cette *pathologie, très spéciale*, n'est que l'*exagération*, nettement morbide, *du chagrin et du désespoir normaux* (tentatives de suicide, surtout au début, après le choc moral, ou parfois, à la longue, quand la cause dépressive est irrémédiable : mort d'un fils unique, ruine définitive, etc.)

III. — PATHOLOGIE TOXI-INFECTIEUSE

A. — LES TOXICOMANIES

1° Intoxication par l'opium. — Dans notre travail sur l'*intoxication par l'opium* (1), nous avons mis en relief la notion suivante, que nous avions, croyons-nous, indiquée les premiers, dans notre mémoire sur les Délires d'imagination (1911).

L'intoxication opiacée ne se traduit, en général, que par un assez faible degré de confusion mentale et *n'aboutit, pour ainsi dire jamais, au tableau du délire de rêve*, à l'onirisme (2). La griserie opiacée n'a rien de délirant ni d'hallucinatoire.

D'où cette règle clinique : les *hallucinations*, dans l'intoxication opiacée, sont si rares que *leur présence doit faire songer à l'intervention d'un autre toxique* : cocaïne notamment, ou l'un quelconque des autres poisons toxicomaniaques.

L'opium, en effet, poison des cellules corticales, nous apparaît, aussi et surtout, comme un *poison du sympathique*. Il est inhibiteur de la vie végétative (il émousse les réflexes, ralentit les échanges, tarit les sécrétions). Il se montre à la fois dépresseur du sympathique (myosis) et dépresseur du vague (hyposécrétions et hypotonies) : de là son *action élective sur l'angoisse et sur l'anxiété.*

Les symptômes positifs de l'intoxication opiacée se traduisent : *a.* par un état cénesthésique, l'*euphorie*, qui s'oppose à l'angoisse, et : *b.* par une réaction intellectuelle, la *stimulation imaginative*, si souvent liée, comme nous l'avons montré, aux états euphoriques (3).

Nous avons analysé l'*euphorie très spéciale* de l'intoxication opiacée : *bonheur au repos*, joie passive, béatitude, de préférence inerte et contemplative.

Nous avons également précisé la forme de l'*excitation imaginative* ; celle-ci,

(1) Dupré et Logre, Intoxication par l'opium, la morphine, l'éther, la cocaïne (*Nouveau traité de médecine* des professeurs H. Roger, F. Widal, J. Tessier).

(2) Cette idée a été soutenue et démontrée, avec beaucoup de talent, par M. R. Dupouy, dans son livre, si documenté et pittoresque, sur les opiomanes. Paris, Alcan, 1912.

(3) Voir : Les Délires d'imagination.

en l'absence d'hallucinations, reste *consciente* : l'opiomane sait qu'il imagine. Il s'agit là d'une sorte de *rêverie toxique*, n'allant pas jusqu'au délire, où le malade se délecte et jouit de sa propre imagination, comme d'une volupté intellectuelle ajoutée à la volupté physique.

L'*abstinence morphinique* se marque surtout par le *déchaînement d'un syndrome neuro-végétatif douloureux*, et d'ailleurs aisément accru, comme tant de syndromes sympathiques, par la participation émotive du psychisme : syndrome à la fois *sympathico-hypertonique* (mydriase) et *vago-hypertonique* (hypersécrétion et spasmes). On y reconnaît un trouble brusque et profond des régulations organiques, une inversion du régime neuro-végétatif, constituant une sorte de *choc*, dans lequel il est intéressant de rechercher, en particulier, les modifications d'ordre anaphylactique. Nous avons recueilli, avec M. Morat, un certain nombre d'observations montrant qu'une infection intercurrente peut suspendre, au moins passagérement, les effets de l'accoutumance et favoriser ainsi la démorphinisation (1).

Nous avons souligné la différence qui existe entre l'*opiumisme* et l'*opiomanie*. Tandis que l'opiumisme n'est qu'une imprégnation toxique, l'opiomanie suppose une *constitution* psycho-sympathique particulière, une sorte de « tropisme » de l'esprit et de l'organisme tout entier pour la morphine (appétence pour l'opium, réaction particuliérement vive et agréable aux premiéres piqûres, « coup de foudre toxicomaniaque », etc.). Il y a là un trouble grave de l'instinct de conservation, qui semble confondre un poison avec un aliment ; et nous avons montré la *parenté de cette perversion instinctive avec les autres perversions instinctives*, qui lui sont si souvent associées, et que l'opium exalte, d'ordinaire, sans les créer : mythomanie, paresse, tendance au vol, déviations sexuelles, polytoxicomanies, etc. Cette perversion instinctive peut, comme tant d'autres perversions, s'exaspérer à l'occasion des paroxysmes, surtout dépressifs, de la psychose intermittente et de la cyclothymie (2).

Médico-légalement, l'intoxication opiacée ne produisant, d'ordinaire (sauf

(1) Logre et Morat, Action des états fébriles spontanés ou provoqués sur l'accoutumance morphinique. — Nous insistons sur la double notion de l'opportunité des désintoxications en période fébrile et de la difficulté de l'accoutumance morphinique au cours des maladies infectieuses, plus ou moins hautement fébriles.

(2) Logre, Perversions instinctives et psychose intermittente — Travail destiné à montrer que, non seulement la dipsomanie, mais *la plupart des perversions instinctives*, peuvent se déchaîner sous *forme paroxystique* (impulsive et parfois obsédante), au cours de *phases dépressives*, souvent légères, de psychose intermittente : abus toxiques divers, vols, excès génésiques, mythomanie, etc. : notion d'un intérêt médico-légal qui nous semble considérable.

désintoxication brusque, ou association psychopathique), ni hallucination, ni délire, et tendant à rendre le sujet inerte et contemplatif, ne se traduit guère par des violences, mais aboutit surtout à des ruses et des *perfidies*, à des omissions et des défections, plus ou moins graves. Aussi proposons-nous de la considérer pratiquement comme une *intoxication volontaire et lucide*, une perversion instinctive, qu'on ne peut excuser médicalement qu'au cas de force majeure (par exemple : indication médicale légitime), d'impulsion obsédante (dipsomanie morphinique, intermittence), de démence terminale (rare, l'opium étant remarquablement bénin et causant, même à la longue, peu de lésions indélébiles), ou de délire au moment du sevrage (état de besoin aigu, agitation et *delirium tremens* amorphiniques).

Enfin, pour l'*administration de l'opium* aux malades de médecine générale et même aux psychopathes, nous croyons qu'il faut moins se référer à des lois uniformes que se régler sur la connaissance clinique de la constitution mentale et physiologique du sujet, de la réceptivité toxicomaniaque du *terrain* (doser l'appétence et la sensibilité, le tropisme pour la morphine, la tendance générale aux perversions instinctives, apprécier la moralité et la volonté, etc.) ; bref, l'usage et la posologie de l'opium nous paraissent, avant tout, se ramener à une question de *diagnostic psychiatrique individuel*.

2° Fumée d'opium. — A propos des fumeurs d'opium, nous avons noté les *nuances différentielles* qui séparent, quant à leurs effets, la morphine et la fumée d'opium, cette dernière répondant, de façon générale, à la forme d'opiumisme la plus euphoristique et la plus stimulante pour l'imagination : euphorie intense, volupté inerte et contemplative, *béatitude portée jusqu'à l'ivresse* ; imagination suractive, *rêverie à forme sensorielle*, avec représentations mentales vives (visions intérieures, non hallucinatoires, de scènes fictives, de spectacles variés, souvent riches et somptueux, parfois lascifs). Bénignité relative de cette intoxication (quant aux accidents du sevrage) ; fléau grave, cependant, du monde oriental, et qui n'a de comparable ou de supérieur que le fléau de l'alcoolisme en Occident.

3° Intoxication par la cocaïne. — Après une brève description de l'*éthérisme*, ivresse très passagère, en quelque sorte volatile, mais subconvulsivante, sthénique, irritable et trépidante, nous avons abordé l'histoire de l'*intoxication par la cocaïne*.

Il était intéressant d'opposer l'*euphorie cocaïnique* à l'euphorie morphinique. « Cette euphorie, disions-nous, n'est pas, comme celle du morphinisme, une joie passive, un bonheur au repos ; c'est, au contraire, dans sa forme habituelle et typique, une joie active, un *bonheur en mouvement*. Le morphi-

nisme tend à réaliser l'idéal bouddhique : le Nirvana, le reploiement, voluptueux et alangui, de l'être sur lui-même ; le cocaïnisme tend plutôt vers un idéal nietzschéen : la « volonté de puissance », l'expansion énergique et triomphante de la personnalité dans le monde extérieur ».

Cette ivresse, joyeuse et forte, met en jeu, elle aussi, l'*imagination*, mais sous une forme active et pratique : projets, démarches, écrits, ébauches d'œuvres littéraires et artistiques, etc. ; car elle exalte surtout l'*activité motrice*, avec tendance continue à l'agitation plus ou moins stérile, irritabilité volontiers agressive, parfois furieuse.

La cocaïne est un poison cérébral qui semble atteindre électivement les cellules nerveuses corticales et bulbo-protubérantielles. Aussi, à la différence de l'opium, altère-t-il la conscience raisonnable : *il transforme, d'ordinaire, le malade en un aliéné*, plus ou moins dangereux.

Il agit aussi, d'ailleurs, mais *à l'inverse de l'opium*, sur le *système neuro-végétatif* : excitation du sympathique (mydriase), excitation du vague (hypercrinies et hypertonies). A noter encore que sa désintoxication est moins pénible et dangereuse que celle de l'opium, où le choc en retour vagotonique est si douloureux.

En ce qui concerne la *confusion mentale* dans les délires cocaïniques, nous avons insisté sur la fréquence des *illusions*, l'hallucination n'étant souvent, chez le cocaïnomane, qu'une illusion qui a bougé (exemple : personnage de portrait, qui s'est détaché de son cadre et continue à évoluer pour son propre compte); sur le *caractère, si particulier, des hallucinations* : hallucinations *cutanées entre cuir et chair*, inconstantes mais révélatrices, signalées par Magnan et Saury ; plus généralement, hallucinations ayant pour caractère typique, quel que soit le sens intéressé, d'être *parcellaires, disséminées, multiples, vives et mobiles* : hallucinations visuelles (poudroiements et scintillements, poussières d'or, essaims d'abeilles, etc.) ; hallucinations auditives (tintements, tic-tacs, carillons, crépitements) ; hallucinations cutanées (présence dans le derme de tout un monde, grouillant et bondissant, d'insectes, de vers ou de microbes). Ce curieux génie *pointilliste* et sautillant des hallucinations cocaïniques est à rapprocher des démangeaisons et picotements, des paresthésies *fourmillantes*, si fréquentes chez les cocaïnomanes, et dont ces hallucinations ne semblent être, à des degrés divers, que la traduction délirante (formications peut-être elles-mêmes en rapport avec la vaso-constriction périphérique et les troubles de l'innervation sympathique cutanée).

Nous avons également noté la *suggestibilité hallucinatoire* habituelle (par-

fois hallucinations à deux), avec fréquence des *synergies sensorielles* (notamment hallucinations associées du tact et de la vue).

A côté de ces hallucinations, assurément inconstantes, mais jusqu'à un certain point spécifiques, dénonçant l'intoxication cocaïnique, il faut ajouter les *hallucinations oniriques banales*, d'ordinaire surtout visuelles (1), cinématographiques, terrifiantes, professionnelles, etc., qui dénoncent seulement l'existence d'une intoxication en général, sans permettre d'en préciser la nature particulière.

L'histoire des *délires*, plus ou moins *systématisés*, au cours du cocaïnisme, est singulièrement instructive, car, en l'absence assez fréquente d'antécédents analogues, elle peut montrer la création d'un tempérament, ou tout au moins d'une *disposition paranoïaque acquise*, sous une influence toxique : d'où idées délirantes plus ou moins systématisées de persécution, de jalousie, de grandeur, d'invention, etc. Le délire apparaît souvent, ici encore, comme l'*interprétation*, plus ou moins systématique, des *sensations illusoires propres au cocaïnisme* : tel le cas de ce médecin qui avait imaginé une théorie pathogénique universelle, expliquant les maladies par la pénétration, dans l'organisme, d'innombrables petits insectes, qu'il appelait des « coccidies ».

Nous avons enfin signalé la possibilité de *délires d'influence cocaïniques*, où le sujet ne fait qu'expliquer, sur le mode paranoïaque, sa propre impulsivité : on le force à bavarder, gesticuler, crier, se mettre en colère, briser les objets ; on lui suggère le goût et le besoin de la cocaïne, on l'hallucine, etc. C'est la conscience, à beaucoup d'égards exacte et fine, de la séméiologie psychique du cocaïnisme, qui devient ici l'origine d'une élaboration délirante.

Médico-légalement, si l'on met à part la simple excitation ébrieuse, qu'il faut considérer comme responsable de ses actes, au même titre que l'ivresse alcoolique ou absinthique non délirantes, on peut dire que les psychoses cocaïniques, contrairement aux états mentaux dus à l'opium, transforment le malade en un *aliéné*, passible de l'internement, et, par conséquent, irresponsable.

(1) Si les hallucinations oniriques sont habituellement visuelles, nous avons, avec Brousseau, cité toute une série de cas dans lesquels l'onirisme, tout en gardant les caractères généraux et la signification étiologique des délires de rêve, était surtout auditif : *onirisme auditif*, constaté en particulier chez des sujets dont le rêve normal, comme le rêve pathologique, est à prédominance visuelle (*Ann. méd.-psych.*, mars 1923).

B. — LE « PSYCHO-DIAGNOSTIC » DES MALADIES INFECTIEUSES

Avec notre maître Dupré, nous avons insisté sur l'appoint, souvent décisif, que peut fournir au diagnostic d'une maladie neurologique ou générale l'étude approfondie de l'état mental ; nous avons décrit, sous le nom de *psycho-diagnostic* (1), ce procédé d'investigation, qui s'efforce de préciser les caractères psychiatriques différentiels des multiples affections où la séméiologie mentale intervient, de façon primordiale ou seulement importante.

Nous inspirant de Régis, qui a si bien décrit le tableau générique de la confusion mentale, syndrome commun à la plupart des états toxiques ou infectieux, il nous a paru intéressant de rechercher s'il n'existe pas, en outre, par delà ces caractères psychiatriques communs, des *caractères spécifiques*, permettant de reconnaître la variété particulière de l'infection ou de l'intoxication en cause. La précédente étude sur l'opium et la cocaïne a été dominée par cette idée directrice ; nous y avons tracé, avec des notations en partie originales, le diagnostic psychique différentiel des intoxications par la morphine et par la cocaïne, qu'il est cliniquement séduisant et facile d'opposer entre elles ; et nous avons également tenté de préciser ce psycho-diagnostic, par rapport aux autres intoxications, telles que l'*alcoolisme*, le *chloralisme* (2), le *véronalisme*, l'*éthérisme* (2), le *haschichisme*, etc.

1° Paralysie générale. — Dans certains faits, le psycho-diagnostic a une importance primordiale : tel est le cas de la *paralysie générale*, où les signes physiques (sauf jusqu'à un certain point, la dysarthrie (3) et les réactions céphalo-rachidiennes au benjoin colloïdal), permettent seulement d'affirmer la « syphilis du névraxe ou du cerveau » ; tandis que la démence globale, plus ou moins inconsciente, avec euphorie niaise, approbativité, expansivité philanthropique, satisfaction corporelle, idées imaginatives absurdes de grandeur et

(1) Dupré et Logre, Le psycho-diagnostic de la paralysie générale (*Journal médical français*, février 1914).

(2) En grande partie d'après les belles études de M. G. de Clérambault, médecin chef de l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police.

(3) Dans un assez grand nombre de cas, et plus souvent qu'on ne croit généralement, la dysarthrie trémulante des états toxiques ou infectieux (alcoolisme aigu, subaigu ou chronique, cocaïnisme, véronalisme, épilepsie, fièvre typhoïde, grippe, etc.) peut en imposer, au moins passagèrement, pour de la dysarthrie paralytique et faire hésiter ou même égarer le diagnostic. — Logre, De la dysarthrie dans les états toxi-infectieux (à paraître, en collaboration avec le Dr Brousseau).

de richesse, constitue, en faveur de la paralysie générale, un syndrome psychiatrique d'une incomparable valeur.

*
* *

2° Fièvre typhoïde. — Nous avons d'autre part, essayé — dans un service de typhiques, au cours de la guerre — de préciser le *psycho-diagnostic des états délirants typhoïdiques* (1). Nous avons constaté la quasi-constance des états confusionnels torpides, de l'asthénie profonde, avec obtusion sensorielle, indifférence, inertie, amnésie ; assoupissement et rêvasseries ; alternance de l'immobilité prostrée du jour avec l'instabilité motrice subanxieuse de la nuit; parfois, surtout dans les cas graves, agitation ataxo-adynamique, sans participation importante des sentiments, des idées et des images (excitation motrice stéréotypée, sans anxiété et presque sans idéation, marmottements, mussitation, interjections, cris) ; existence assez fréquente d' « onirisme imaginatif », avec « fabulation amnésique »; souvent aussi, mise en scène d'un délire professionnel, peu ou pas hallucinatoire, avec persistance de séjour au lit ou déplacements limités ; rareté relative du grand onirisme hallucinatoire et anxieux, avec tendance à la fugue éperdue; parfois béatitude contemplative et plus ou moins anidéative ; ou bien, au contraire, dépression psychique, avec fabulations tristes, idées imaginatives, peu cohérentes, d'auto-accusation, romans macabres, récits de morts antérieures, etc. Évolution d'ordinaire lentement ascendante, puis lentement régressive. Accompagnement neurologique de soubresauts tendineux, carphologie, lagophtalmie, mouvements automatiques inachevés et incoordonnés, trépidants ; dysarthrie (2) souvent remarquable, non signalée à notre connaissance et qui relève tout à la fois de la confusion psychique, du tremblement ataxo-adynamique, de la sécheresse et des fuliginosités bucco-linguales ; fréquence, chez nos soldats, des « délires guerriers », au cours de typhoïdes souvent graves (épidémie de fin 1914) et sans aucun doute plus délirantes qu'en temps de paix. — Au total : fréquence et intensité de la *confusion mentale asthénique*,

(1) Devaux et Logre, Les délires guerriers dans la fièvre typhoïde (*Presse médicale*, 23 septembre 1915), et Logre, L'état mental dans la fièvre typhoïde (à paraître).

(2) Nous avons mentionné déjà nos travaux sur la dysarthrie dans les états toxi-infectieux. Parmi les formes de dysarthries les plus intéressantes, figurent, avec celle de la fièvre typhoïde (dysarthrie ataxo-adynamique), celles de l'alcoolisme subaigu (dysarthrie trémulante et trépidante), celle du véronalisme (crispation trés spéciale de la commissure des lévres, dysarthrie paréto-spasmodique rappelant d'assez près celle de la paralysie générale), etc.

inerte et *indifférente*, inattentive et amnésique, avec faible activité délirante plus imaginative que sensorielle, instabilité motrice automatique et incoordonnée plutôt que grande agitation hallucinatoire et anxieuse ; signes neurologiques ataxo-adynamiques, notamment dysarthrie spéciale.

***

3° Grippe. — Dans une autre publication (1), nous avons, — utilisant notre expérience acquise dans un service d'armée, pendant l'épidémie de 1918, — essayé de préciser l'*état psychique au cours de la grippe* ; nous avons noté la *rareté relative de troubles mentaux importants* dans la grippe en évolution : *peu de confusion* torpide; états délirants sans doute moins rares, mais cependant assez exceptionnels si on compare leur fréquence à celle des états délirants typhiques. Prédominance d'*asthénie nerveuse profonde*, à la fois lucide et douloureuse, avec tendance aux états mentaux dépressifs, aux pressentiments de mort, à l'*anxiété* et à l'angoisse. Ces manifestations électives d'asthénie et d'anxiété au cours de la grippe apportent une contribution intéressante à l'idée, soutenue déjà à propos de l'opiomanie, et d'après laquelle certaines intoxications ou toxines auraient une *action prépondérante sur le système endocrino-sympathique* (2). Nous avons noté, en outre, surtout dans les cas compliqués (broncho-pneumonie, pleurésie purulente), des agitations désordonnées et violentes, plus ou moins anidéatives, avec dysarthrie ataxo-adynamique, rappelant celle de la fièvre typhoïde.

Une variété psychopathique particulièrement intéressante méritait d'être isolée : il existe une « *forme somnolente* » de la grippe, comme il existe une forme somnolente de la méningite tuberculeuse. Cette forme somnolente était très *difficile à distinguer d'une encéphalite léthargique* ; elle faisait sa preuve par son apparition en milieu grippal et surtout par son évolution ultérieure sur le mode grippal franc. (Nous avons eu l'occasion d'observer, tout récemment, avec notre maître Courtois-Suffit, un cas typique d'état grippal somnolent.)

A noter encore des débuts de grippe par excitation maniaque et surtout par dépression mélancolique, avec malaises cénesthésiques intenses, asthé-

(1) Logre, Les formes psychiques de la grippe (*La Pratique médicale française*, février 1922).

(2) Heuyer et Borel ont insisté sur la même notion, à propos de l'intoxication caféique. Accidents subaigus du caféisme (*Bull. Soc. de clinique mentale*, n° 6, juin 1922). — Vinchon avait signalé le même fait au cours des accidents psychiques du paludisme (*Journal de psychologie*, 15 octobre 1920).

niques et angoissants, qui semblaient suggérer le thème du délire hypocondriaque (os rompus, fractures de la colonne vertébrale et du bassin, etc.).

Nous n'avons pas abordé systématiquement l'étude des ***séquelles psychiques de la grippe*** (états d'épuisement, syndromes de Korsakoff, démences par encéphalite, etc.). Nous avons voulu apporter notre contribution personnelle à l'étude du psycho-diagnostic de la grippe en évolution, plutôt qu'à l'étude des séquelles grippales, si bien décrites par Régis.

4° Tétanos. — A propos du *tétanos* (1), nous avons insisté sur l'intérêt du *psycho-diagnostic*, qui est ici négatif ; car la toxine tétanique, si hautement neurotrope, épargne, fonctionnellement tout au moins, dans son électivité singulière, les cellules corticales (pas de confusion ni de délire) et même le sympathique (pas d'angoisse, pas de spasme des muscles lisses), pour atteindre, avec une violence extrême, les neurones moteurs périphériques (spasticité tonique et clonique, accrue par le chloroforme. Monnier-Vinard et Gauducheau). D'où la persistance atroce de la conscience jusqu'à la mort, au cours de cette séméiologie nerveuse hypertonique et convulsive, qui se place, cependant, aux antipodes du syndrome épileptique, en ce qui concerne le psycho-diagnostic. Utilité de ce psycho-diagnostic négatif, pour distinguer les convulsions tétaniques des convulsions urémiques ou éclamptiques (confusion mentale), des convulsions méningitiques (confusion, excitation psycho-motrice automatique), etc.

C. — L'ÉTAT MENTAL DANS L'ENCÉPHALITE LÉTHARGIQUE (2)

Nous avons, croyons-nous, le premier (du moins en France), signalé la tendance, si curieuse, de l'encéphalite léthargique à se traduire par un ***syndrome psycho-moteur***, rappelant, presque de tout point, le syndrome ***hébéphréno-catatonique***. S'il est fréquent que les infections les plus diverses donnent lieu à de la *catalepsie* (persévération spontanée ou provoquée des attitudes), nous ne connaissons guère, par contre, qu'une seule infection capable de reproduire

(1) Logre, La conscience dans l'état morbide chez les psychopathes (*Congrès du Luxembourg*, 1921, chapitre des « états confusionnels »).

(2) Logre, Deux cas d'encéphalite léthargique, avec syndrome psychique ressemblant au syndrome hébéphréno-catatonique (*Soc. de psych.*, 17 juin 1920). — Laignel-Lavastine et Logre, Hébéphréno-catatonie et encéphalite léthargique (*Soc. de psych.*, 15 juin 1920). — Voir également Widal et May, *Soc. méd. hôp.*, 25 juin 1920. — Deux des malades, qui faisaient l'objet de nos communications avaient été soumis à notre examen par le professeur Widal.

le *syndrome catatonique* (1) dans son ensemble (catalepsie, négativisme, stéréotypies) : c'est précisément l'encéphalite léthargique.

« On conçoit d'ailleurs aisément, disions-nous, les rapports qui unissent les deux tableaux cliniques, si l'on réfléchit que le syndrome hébéphréno-catatonique est, comme l'a dit Kahlbaum, une « folie de la tension musculaire » (*Spannungs Irresein*) ; l'encéphalite léthargique provoque, elle aussi, par irritation lésionnelle des centres nerveux, des troubles spastiques tendant à la généralisation, avec ou sans désordres psychiques solidaires de ces troubles moteurs ; ce sont là deux affections qui, d'une façon assez analogue, plus ou moins continue et diffuse, tirent les ficelles du pantin psycho-moteur ; bref, entre l'hébéphréno-catatonie, ou *Spannungs Irresein*, et l'encéphalite léthargique, qu'on pourrait appeler *Spannungs Krankheit*, le facteur commun, le trouble de la « tension musculaire », est évident. »

Nous ajoutions : « Dès que les troubles moteurs atteignent, dans l'encéphalite léthargique, les mouvements et groupes de mouvements soumis d'ordinaire à l'influence de la volonté, on voit entrer en jeu des coordinations et systématisations motrices où la vie psychique est, de toute évidence, engagée : le syndrome moteur s'élève en dignité, il devient nettement *psycho-moteur*. A ce stade, il peut réaliser le syndrome catatonique dans son ensemble, au point de ne plus s'en distinguer cliniquement. Car le syndrome catatonique n'est autre chose que le *dérèglement généralisé de l'automatisme psycho-moteur* (persistance du mouvement et des attitudes : catalepsie ; arrêt ou inversion du mouvement : négativisme ; répétition du mouvement : stéréotypies).

Nous avons également signalé, chez un autre de nos malades, l'existence d'un *syndrome confusionnel onirique*, qui avait fait d'abord porter le diagnostic d'*alcoolisme subaigu*. Il s'agissait, en l'absence de toute imprégnation éthylique, d'une encéphalite léthargique au début.

L'histoire d'un autre sujet, que nous avons rapportée avec M. Laignel-Lavastine, soulignait l'intérêt clinique et diagnostique de cette ressemblance entre certaines formes d'encéphalite léthargique et le syndrome hébéphréno-catatonique. Un malade, soigné dans le service du professeur Widal, était apparu, d'après son état mental autant que son état neurologique, comme

(1) Il faut se garder de confondre, comme on le fait trop souvent, la *catalepsie*, qui n'est qu'un symptôme, avec la *catatonie*, qui est un syndrome. La catalepsie, en pratique, a une signification banale et très diverse : elle se rencontre dans la plupart des infections, dans nombre de délires, polymorphes ou systématiques, ou même simplement dans la débilité motrice (DUPRÉ et LOGRE, *Soc. de psych.*, mai 1912). La catatonie a une signification beaucoup plus étroite et précise : démence précoce, ou, parfois, encéphalite léthargique.

atteint d'encépbalite léthargique. Or, il s'agissait d'un dément précoce, dont le syndrome psycho-moteur remontait à deux ou trois années. On conçoit, dès lors, à quel point devenait difficile, cbez ce malade, le diagnostic d'encéphalite : l'état mental n'avait presque plus de valeur différentielle ; seuls les signes neurologiques pouvaient intervenir avec quelque certitude, en l'absence d'état fébrile net (lymphocytose et albuminose racbidiennes, hyperglycosie légère, abolition des rotuliens et achilléens, éventail à gauche : tous pbénomènes transitoires). Il s'était agi sans doute d'un dément précoce ayant contracté secondairement une encéphalite léthargique.

***

L'existence de ce syndrome hébéphréno-catatonique, au cours d'une encéphalite atteignant àvec prédominance le mésocéphale et les corps striés, nous parut avoir un intérêt considérable, d'ordre non seulement clinique, mais encore pathogénique et étiologique. Nous écrivions, à ce sujet : « C'est sans doute par des raisons profondes de déterminisme *séméiologique*, et peut-être même *lésionnel*, que peut s'expliquer l'affinité des troubles mentaux, dans l'encéphalite léthargique d'une part, et dans l'hébéphréno-catatonie d'autre part ».

Ces observations, si suggestives, posaient, en effet, plusieurs problèmes, cliniques et nosologiques :

1° Quelle est la *fréquence relative des syndromes hébéphréno-catatoniques au cours de l'encéphalite léthargique*? De nombreux faits cliniques confirmatifs ont été apportés, depuis lors, notamment par le professeur Claude et par M. Kahn (voir sur ce point le rapport de MM. Truelle et Petit au Congrès de Quimper, août 1922, sur les troubles mentaux dans l'encéphalite léthargique).

2° Est-ce que *certains syndromes hébéphréno-catatoniques chroniques ne relèvent pas*, pour une part qui reste à déterminer, *de l'encéphalite léthargique*?

Le professeur Claude (1), M. Kahn (*Soc. de psych.*, juillet 1920), plus récemment M. Bernadou (*Ann. méd.-psych.*, mars 1923), ont cité des observations dans lesquelles l'encéphalite avérée, ou probable, avait suscité un syndrome

(1) Professeur Claude, Troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique (*Soc. de psych.*, juillet 1920) et suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques (*Soc. méd.-psych.*, 27 février 1920).

démentiel (1) qui, en l'absence d'étiologie connue, aurait fait porter certainement le diagnostic de démence précoce. Nous avons constaté nous-même, à Sainte-Anne et en clientèle privée, deux cas typiques de syndrome hébéphréno-catatonique, cliniquement à peu prés impossibles à distinguer du syndrome classique de la démence précoce. MM. Klippel et Deny ont soutenu que ces syndromes hébéphréno-catatoniques, d'origine encéphalitique, se différencient nettement de la vraie démence précoce, et qu'ils ont, en particulier, une anatomie pathologique (altérations conjonctivo-vasculaires) tout autre que celle de la démence précoce vraie (altérations neuro-épithéliales). Mais, on peut faire observer que, depuis longtemps, on considère, avec Kraepelin lui-même, comme démences précoces authentiques, les syndromes hébéphréno-catatoniques survenant à la suite de certaines infections, notamment des infections puerpérales (démences précoces d'origine confusionnelle. Régis). Pourquoi l'encéphalite léthargique, la seule affection pouvant reproduire, dés le début de son évolution, le syndrome hébéphréno-catatonique, serait-elle seule proclamée incapable d'aboutir à ces syndromes hébéphréno-catatoniques chroniques, dont la séméiologie n'est alors, cependant, que la *simple continuation du tableau clinique* de l'encéphalite léthargique elle-même? Pourquoi cette « ectodermose neurotrope » (Levaditi) ne pourrait-elle donner lieu à la « démence neuro-épithéliale » (Klippel et Lhermitte)? Le problème reste encore à l'étude (1), mais il nous semble que, dés à présent, on peut admettre qu'une certaine part de ces syndromes hébépbréno-catatoniques, cliniquement bien caractérisés, relèvent de l'encéphalite léthargique, même s'ils diffèrent en nature de la démence précoce véritable. Nous croyons, d'ailleurs, qu'il y aurait justement intérêt à procéder au *démembrement du syndrome de la démence précoce*, conception nosologique trop vaste, dans laquelle semblent inclus, sous des analogies communes parfois assez minimes, bien des faits disparates (involutions précoces des « déments précoces simples » de Morel ; démences post-infectieuses et notamment post-encéphalitiques ; peut-être intoxications endocriniennes particulières ; probablement aussi, des états délirants imaginatifs, dits « schizoïdes », dans lesquels les troubles de l'esprit commandent les troubles du mouvement, tandis que, dans le

(1) On constate souvent, après l'encéphalite, des déséquilibres psychiques ou des affaiblissements démentiels, de type particulier, qu'on pourrait dénommer parkinsoniens, et qui ne rappellent que fort peu la démence précoce. Ce ne sont pas de ces syndromes que nous voulons ici parler.

(2) Nous croyons qu'à beaucoup d'égards il en est de ce syndrome hébéphréno-catatonique comme du syndrome parkinsonien, dans ses rapports étiologiques avec l'encéphalite léthargique.

groupe des hébéphréno-catatonies encéphalitiques, c'est le trouble moteur qui semble dominer le trouble psychologique, contribuer à sa détermination impulsive, automatique, immotivée et absurde). (Voir plus loin : « Considérations sur les troubles psycho-moteurs » en pathologie mentale, *Congrès de Quimper*, août 1922.)

3° Dans quelle mesure l'*anatomie pathologique de la Démence précoce*, surtout dans ses *formes catatoniques* (si semblables à celles de l'encéphalite léthargique, et dans lesquelles les troubles de l'idéation semblent plus ou moins commandés par les troubles moteurs), *se rapproche-t-elle de l'anatomie pathologique de l'encéphalite léthargique?*

L'hypothèse que nous avions formulée d'un commun déterminisme lésionnel orientait les recherches anatomiques vers une observation, particulièrement attentive, des *corps striés*. En mars 1922, MM. Laignel-Lavastine, Tretiakoff et Djorgoulesco publiaient, dans l'*Encéphale*, une étude intitulée : « Lésions du corps strié : *plaques cyto-graisseuses* et altérations vasculaires, dans trois cas de démence précoce hébéphréno-catatonique ». Si ces notions étaient confirmées, elles marqueraient une étape nouvelle, et très intéressante, dans la pathogénie de certaines formes de démence précoce (participation anatomique et physiologique de la pathologie des corps striés dans le déterminisme des syndromes psycho-moteurs de l'hébéphréno-catatonie).

IV. — PATHOLOGIE MENTALE TRAUMATIQUE

TRAUMATISMES CÉRÉBRAUX RÉCENTS

Dans notre travail, entrepris avec la collaboration de notre collègue et ami H. Bouttier, sur « la séméiologie psychique des traumatismes cérébraux récents » (*Paris médical*, 24 mai 1919), nous avons essayé, disposant d'un matériel d'observation exceptionnellement riche (Service neuro-psychiatrique de la Ve armée et Centre de chirurgie nerveuse de notre maître le professeur Lecène), de dégager les *éléments originaux de la pathologie mentale traumatique*.

Envisageant de préférence, d'après les données de notre expérience personnelle, les traumatismes cérébraux *récents* (1) et *diffus*, de type surtout commotionnel, nous avons montré que cette séméiologie traumatique diffuse et récente, pour peu qu'elle soit intense, se caractérise, en thèse générale, par un *mode particulier d'affaiblissement psychique*, également distinct de la « confusion mentale » proprement dite (qui peut d'ailleurs s'y associer) et de la « démence » véritable (à laquelle il peut aboutir). Intermédiaire à la confusion, simple torpeur sans affaiblissement réel, et à la démence, ruine irréparable de l'esprit, le syndrome original des psychopathies traumatiques peut être considéré comme un *équivalent psychique des paralysies ou parésies motrices*, si souvent associées aux troubles mentaux dans la pathologie cérébrale traumatique : le déficit moteur et le déficit mental représentent alors, l'un et l'autre, une *diminution réelle*, mais ordinairement *incomplète et régressive*, de l'activité nerveuse (surtout chez les sujets jeunes et sains, tels qu'on les observe aux armées). Bref, ce qui distingue la pathologie mentale traumatique, c'est l'existence d'un syndrome si rarement rencontré dans le reste de la pathologie mentale qu'aucun mot n'a été prévu pour le désigner, bien que ceux de confusion et de démence lui conviennent également mal : c'est une sorte de « démence qui serait curable », un affaissement psychique véritable, mais éventuellement (et même fréquemment) régressif.

Ce déficit, qui peut se récupérer, a pour expression ordinaire un *ensemble symptomatique commun*, un fond mental, spécifié à la fois par des troubles : 1° de l'*attention*, instable et superficielle ; 2° de la *mémoire* d'évocation et

(1) Voir, à cet égard, la thèse de Bouttier : Contribution à l'étude neuro-physiologique des traumatismes cérébraux récents. Paris, 1918.

surtout de fixation; 3° enfin et plus encore, de l'*activité* volontaire: *inertie* (1), défaut d'initiative, tendance à l'immobilité physique et mentale, ou, plus rarement, à l'agitation motrice automatique. Cette inertie essentielle se distingue, à la fois, de l'asthénie, avec grande fatigabilité (qui l'accompagne souvent), de la concentration douloureuse due à la céphalée, de l'absorption en rapport avec l'obtusion sensorielle, etc. (La dépression psychique vraie, avec tristesse, inquiétude, est, au contraire, assez peu fréquente.)

A côté de ces caractères cliniques positifs, nous avons indiqué des *caractères négatifs* qui nous semblent importants ; on note, dans cette séméiologie traumatique diffuse, l'*absence ordinaire de délire de rêve et d'hallucination, d'anxiété confusionnelle et de catalepsie*. Il arrive, sans doute, que la confusion mentale, avec onirisme, intervienne, mais c'est alors, presque toujours, en vertu d'un *facteur étiologique surajouté* (alcoolisme, troubles gastro-intestinaux, hépatiques, rénaux, etc. ; infection cérébrale ou autre ; association psychopathique). En fait, quand, à l'occasion d'un traumatisme cérébral non infecté, dont le type est l'état commotionnel, on voyait éclater des accidents confusionnels et oniriques bien caractérisés, il fallait, par principe, rechercher la *complication probable*, toxique ou infectieuse (par exemple : infection auriculaire par rupture du tympan en cas de commotion ; infection méningée en cas de fracture du crâne, etc.).

Sur ce fond commun de déficit mental, à séméiologie psycho-motrice souvent prédominante, peuvent se détacher des syndromes variés, qui traduisent, en général, des modalités particulières, passagères ou durables, de l'atteinte lésionnelle diffuse. Nous avons insisté sur les *syndromes* suivants :

a. *Syndrome ataxo-adynamique*, avec grande agitation incoordonnée et stéréotypée, sans anxiété habituelle et presque sans idéation : d'ordinaire en rapport avec l'*évolution aiguë de lésions diffuses graves* (par exemple : commotions mortelles ; mort par évolution progressive d'un syndrome traumatique pur, sans infection surajoutée) ;

b. *Syndrome psychique de Korsakoff* (sans polynévrite) : amnésie de fixation, désorientation, fausses reconnaissances, fabulation. L'oubli, continu et inconscient, de la vie présente suscite alors le syndrome, si fréquent, de l' « amnésie fabulante », où « l'insuffisance de la mémoire joue, à l'égard de l'imagination, le même rôle prédisposant que l'ombre à l'égard de l'halluci-

(1) M. A. Léri, dans son livre : Commotions et émotions de guerre (1 vol., Coll. horizon, 1919), a insisté particulièrement sur l'inertie psycho-motrice des commotionnés. On sait que Dupuytren comparait déjà l'inactivité de ces blessés à celle des animaux hibernants.

nation onirique ou l'occlusion des paupières pour les images de rêve ». Syndrome non encore signalé à notre connaissance, et en rapport, semble-t-il, avec l'*évolution traînante de lésions diffuses assez intenses*, lentement et faiblement régressives ;

c. L'*inertie simple* (1), sans confusion notable, sans anxiété, avec ou sans asthénie et concentration douloureuse due à la céphalalgie ; elle semble traduire des *lésions diffuses plus bénignes* que dans le syndrome précédent. État habituel au réveil de la plupart des évanouissements commotionnels initiaux, avec tendance, assez rapide, à la régression plus ou moins complète (d'ordinaire quelques jours à quelques mois) ;

d. L'*inertie progressive* (avec syndrome croissant de dépression vasculaire) : c'est un signe excellent de *compression large et intense*, ou de *délabrement cérébral profond*, graduellement accrus ou, tout au moins, de plus en plus mal tolérés ; présage de mort prochaine, quand la chirurgie ne peut, se conformant à cette indication psychiatrique d'urgente, supprimer la cause de compression large (hémorragie, caillots, œdème, etc.), ou lorsqu'il existe des délabrements profonds irrémédiables (autre forme de pathologie traumatique autonome, sans infection surajoutée, pouvant aboutir à la mort, avec dérèglement profond de toutes les grandes constantes de la vie végétative, bouleversement des divers équilibres humoraux, etc.).

e. L'*excitation psychique hypomaniaque*, avec euphorie, disposition joviale et *humoristique*, agitation motrice subconvulsive parallèle à l'excitation psychique (sur fond d'inertie mentale réelle, malgré l'excitation : inattention, dysmnésie, difficulté de calcul, conscience imparfaite de la situation, etc.). Ce curieux syndrome nous a paru maintes fois dépendre, de la façon la plus nette, d'un *état diffus d'irritation cortico-méningée* (syndrome d'excitation vasculaire concomitant) et, le plus souvent, d'une *hémorragie méningée* L'*intervention chirurgicale* pouvait guérir cette excitation hypomaniaque, laissant place à l'état d'inertie intellectuelle, qu'elle recouvrait auparavant sans la dissimuler complètement ;

f. Enfin, les *lésions diffuses brusques* ont coutume de provoquer, à leur début, une sidération momentanée de la vie psychique : *évanouissement initial*, dans la grande majorité des commotions. La perte de connaissance immédiate fait, au contraire, *souvent défaut*, comme nous y avons insisté,

(1) Dans certains syndromes post-traumatiques diffus, et en particulier commotionnels, qui passent à la chronicité et virent à la démence, on retrouve encore, bien souvent, ce caractère si spécial d'inertie prédominante : *démences inertes*, démences de l'activité plutôt que de l'intelligence ou du sentiment.

en cas de *lésions cérébrales localisées, même graves*. L'évanouissement initial, qu'il y ait ou non, par ailleurs, traumatisme localisé, semble témoigner, la plupart du temps, de l'existence d'un *état lésionnel diffus* (microtraumatisme commotionnel), qui peut avoir une grande importance pour l'avenir du blessé (séquelle commotionnelle, qu'on peut reconnaître même au cas de blessure cérébrale localisée, avec évanouissement initial, et dont la séméiologie semble se confondre, en grande partie, avec celle des « anciens trépanés », décrite par le professeur P. Marie).

Nous insistions encore sur la différence entre cette séméiologie cérébrale traumatique *diffuse* et la séméiologie traumatique *localisée*, l'une se traduisant surtout par des troubles psychiques généralisés, inconscients ou peu conscients (paralysie ou parésie mentales diffuses, avec inertie, asthénie, excitation hypomaniaque, agitation ataxo-adynamique, etc.), l'autre se manifestant surtout par des troubles psychiques spécialisés, d'ordinaire conscients (paralysies ou parésies mentales localisées, variétés spéciales d'amnésie et d'aphasie, disparition d'un stock particulier de souvenirs et d'habitudes psycho-motrices, le malade se rendant plus ou moins compte de son déficit, s'en affligeant et s'en impatientant).

Au total, à côté des *psychopathies constitutionnelles*, qui ont une séméiologie à part, en rapport avec les malformations natives de l'esprit et du caractère, on peut distinguer deux grandes variétés de *psychopathies acquises*, où le seul aspect clinique des troubles mentaux comporte une signification étiologique intéressante :

a. Les syndromes *confusionnels*, qui expriment électivement l'atteinte toxique ou infectieuse, c'est-à-dire, en somme, l'imprégnation *chimique* nocive du cerveau ;

b. Les syndromes *traumatiques*, dont la forme générale et les variétés traduisent, avec une richesse et une exactitude que nous avons essayé de mettre en valeur, les lésions *mécaniques* du cerveau.

***

Nous avons d'autre part, avec notre maître Dupré, publié une étude sur la *commotion et l'émotion* (1).

Adoptant la distinction, établie par MM. Mairet et Piéron, entre les *troubles émotionnels* et les *troubles commotionnels*, nous insistions, à propos

(1) Dupré et Logre, Commotion et émotion. Communication à l'Académie de médecine, 30 juillet 1918.

des *syndromes post-commotionnels tardifs*, sur l'existence fréquente d'une sorte de « *constitution psychopathique acquise* », *émotivo-neurasthénique*, à manifestations lentement régressives, mais susceptibles de persister, à un degré plus ou moins accentué, presque indéfiniment. A ce syndrome commotionnel, en réalité organique (caractérisé par l'évanouissement initial immédiat, presque constant, les stigmates céphalo-rachidiens et vasculaires que nous avons précisés avec Mestrezat et Bouttier), nous opposions le *syndrome émotionnel*, sans perte de connaissance (sauf état lipothymique, d'allure particulière et souvent retardant), avec réactions immédiates d'épouvante, tendance aux fugues, confusion mentale avec hallucinations émouvantes reproduisant souvent la scène terrifiante, élément imaginatif fréquent, mise en scène mythopathique ou hystérique. Possibilité d'émotivité anormale persistante : *constitution émotive acquise*. Syndrome non lésionnel (liquide céphalo-rachidien normal, sauf un certain degré d'hypertension, de dilution cytologique et parfois albumineuse, d'hyperglycosie, Mestrezat et Logre). Possibilité d'*évolution* vers un *état délirant* grave, ou même *démentiel* (cas d'hébéphréno-catatonies post-émotives).

V. — LA CONSCIENCE DU PATHOLOGIQUE AU COURS DES AFFECTIONS MENTALES

Nous avons été chargé de présenter, au *Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française*, tenu à Luxembourg, en 1921, un Rapport sur « la conscience de l'état morbide chez les psychopathes ».

Il y a « *conscience* » de l'état morbide, quand le malade : 1° perçoit le phénomène psychique ; 2° le considère comme morbide, ou, tout au moins, anormal.

Bien que son étude ne figure pas dans les traités de médecine mentale, la conscience du pathologique n'en apparaît pas moins comme un symptôme primordial, un « test privilégié », permettant de *centrer, en quelque sorte, l'état morbide par rapport à l'ensemble de la personnalité*. C'est le point culminant de la séméiologie psychiatrique.

1° Séméiologie. — Étudiant les variétés cliniques de cette conscience du pathologique, nous avons montré que :

A. Les *syndromes intellectuels* sont inconscients, lorsque le *raisonnement* lui-même est atteint (par exemple : paranoïa, surtout interprétative, folie raisonnante ; états de débilité, confusion, démence) ; ou lorsque l'*évidence*

sensorielle est faussée (psychoses hallucinatoires, surtout hallucinations auditives, les plus délirantes). La critique peut, au contraire, juger, dans une certaine mesure, l'*imagination* (conscience spéciale, ambiguë, plus ou moins instable, suggestible et réversible, du mythomane, de l'hystérique, et, à un moindre degré, du délirant imaginatif). La critique peut, mieux encore, juger la *mémoire* : « Tout le monde se plaint de sa mémoire, personne ne se plaint de son jugement » (La Rochefoucauld).

B. Les *syndromes émotifs et affectifs* sont souvent conscients (cerveau assez bon juge du grand sympathique) : d'autant plus conscients qu'ils sont plus pénibles ou plus localisés, d'autant moins conscients qu'ils sont plus euphoriques ou plus généralisés (excitation généralisée de la manie, peu consciente, quoique lucide ; dépression généralisée de la mélancolie, soit inconsciente, « délirante », soit en partie consciente et décrite sous le nom de « mélancolie avec conscience » ; malaise généralisé de la neurasthénie, fatigabilité péniblement consciente, avec tendance à l'introspection hypocondriaque ; anxiété localisée des obsessions, phobies et impulsions, avec conscience, aiguë et douloureuse, du « conflit » intrapsychique entre la conscience saine et l'automatisme rebelle).

C. Les syndromes *volontaires* et *moteurs* sont, peut-être encore plus souvent, conscients (cerveau psychique bon juge du cerveau moteur) : tics, spasmes, impulsivités diverses. Le dérèglement de l'automatisme psycho-moteur, en grande partie conscient, et, cependant, involontaire, tend à s'imposer au malade comme une violation de sa personnalité morale ; il favorise ainsi l'éclosion des *idées d'influence*, par *introspection délirante* des états d'excitation — ou plus rarement d'inhibition — psycho-motrices (en cas, par exemple, d'excitation psycho-motrice maniaque ou confusionnelle, de mentisme asthénique, d'impulsivité obsessive, de catatonie hébéphrénique, etc.).

D. Dans les *psychopathies organiques*, l'état de la conscience semble, jusqu'à un certain point, représentatif des altérations anatomiques, et comme à l'*image de lésion*, dont il peut servir, croyons-nous, à présumer l'étendue et l'intensité.

a. Les *atteintes cérébrales diffuses*, dont la forme typique est la commotion, tendent à provoquer une *séméiologie psychique diffuse*, avec *inconscience du pathologique*, surtout dans les cas graves ou aigus (évanouissement initial dans la plupart des commotions ; états ataxo-adynamiques des commotions sévères ; amnésie fabulante inconsciente des états commotionnels sérieux, d'évolution traînante, avec réserve sur la possibilité d'un déficit démentiel terminal ; inertie mentale, profonde et inconsciente, de certaines lésions

cérébrales diffuses graves ; inertie, peu consciente, dans les états commotionnels récents, de type banal ; syndrome conscient et douloureux, émotivo-asthénique, des séquelles nerveuses, plus ou moins durables, en rapport avec les lésions cicatricielles diffuses des commotions et trépanations anciennes).

b. Les *lésions circonscrites* des zones cérébrales dites *muettes* (sans signe psychique de localisation) (1) comportent d'ordinaire une *séméiologie psychique diffuse*, parfois discrète, mais avec *conscience du pathologique* assez nette (dysménie diffuse, troubles de l'humeur et du caractère, émotivité, fatigabilité, aboulie, etc.).

c. Les *lésions circonscrites* d'une zone, dite de *localisation psychique*, provoquent typiquement une *séméiologie psychique spécialisée* avec *conscience du pathologique* plus ou moins nette (atteinte d'un ensemble particulier de notions apprises et d'habitudes psychomotrices ; perte des connaissances apprises, des entraînements, des dressages et des techniques : langage, écriture, musique, etc. ; certaines formes de désorientation, P. Marie et Béhague).

Bref, la conscience du pathologique représente, du point de vue psychiatrique, un *rapport*, le rapport entre la conscience supérieure, restée lucide, et le trouble morbide, qu'elle continue d'apprécier ; elle permet, par conséquent, d'inférer, dans une certaine mesure, qu'il existe, du point de vue anatomo-pathologique, un rapport analogue entre la lésion, plus ou moins circonscrite, et l'ensemble, plus ou moins intact, du cortex : tout se passe *comme si le cerveau sain jugeait le cerveau malade*, le degré de conscience aidant à confronter, en quelque sorte, l'importance relative de l'un et de l'autre.

2° Valeur diagnostique. — Clef de voûte de la psychologie morbide, la conscience du pathologique permet, mieux qu'aucun autre symptôme, de saisir le plan et la structure d'une affection mentale. Quoi de plus caractéristique, en effet, que l'inconscience naïve du débile, se félicitant précisément de sa supériorité intellectuelle? la conscience anxieuse de l'obsédé luttant douloureusement contre des impulsions, des craintes ou des doutes, dont il diagnostique lui-même le caractère morbide? la conscience, équivoque et mitigée, du mythomane et de l'hystérique, leur duplicité vis-à-vis d'eux-mêmes et d'autrui, leur aptitude à devenir, tour à tour, les victimes ou les exploiteurs de leur dérèglement imaginatif? le cynisme du pervers? l'euphorie expansive de l'hypomaniaque se considérant comme le modèle de la santé psychique? la douleur morale accablée, le pessimisme hypocondriaque, le désespoir inconsolable du mélancolique? l'inconscience automatique et l'amné-

(1) Par exemple, lésions du cerveau droit dont l'équivalent sur le cerveau gauche produirait l'aphasie.

sie totale consécutive de l'épileptique? la certitude infrangible du délirant paranoïaque, fort de sa logique ou de ses perceptions fausses? l'indifférence affective de l'hébéphrénique, à l'égard de désordres psycho-moteurs graves, dont son intelligence n'est cependant pas incapable de saisir l'existence et le danger? l'amnésie, évasive et radoteuse, du dément sénile? la conscience hypocondriaque, pleurnicheuse ou irritable, de l'artériosclèreux? la conscience, parfois si perspicace et pénible, du syphilitique cérébral, opposée à l'inconscience, euphorique et absurde, du paralytique général (1)? Enfin, la conscience, vague et incertaine, du confus, étonné, perplexe, interrogateur, se demandant s'il est malade et se plaignant d'assembler difficilement ses idées, son onirisme mobile et variable, allant de la fantasmagorie, dont il s'amuse sans y ajouter foi, jusqu'à la croyance entière, avec réactions de terreurs éperdues? Qu'il suffise de rappeler ici toutes les nuances par lesquelles la conscience du pathologique peut contribuer au diagnostic des maladies toxi-infectieuses (« psycho-diagnostic » des intoxications et des infections).

3° VALEUR PRONOSTIQUE. — La conscience ou l'inconscience de l'état morbide peuvent acquérir une signification pronostique considérable. Elles laissent présumer : a. *psychologiquement*, la hauteur à laquelle le trouble morbide s'est élevé dans la hiérarchie mentale (fonctions de coordination, de critique et d'inhibition); b. *anatomiquement*, le degré d'intensité et de diffusion de l'atteinte cérébrale ; c. *médico-légalement*, le danger des réactions éventuelles, car l'inconscience du pathologique livre le malade sans défense à son automatisme morbide.

D'où ces lois pronostiques : toutes choses égales d'ailleurs, *le pronostic apparaît d'autant plus favorable que la conscience de l'état morbide est plus claire* (harmonie psychique relativement indemne; écorce épargnée, ou lésion circonscrite sur écorce plus ou moins saine). Différence de pronostic habituelle, par exemple, entre l'aphasie de Broca (aphasie motrice prédominante), où le malade, s'affectant et s'impatientant de ses symptômes, peut se rééduquer, et l'aphasie de Wernicke (aphasie prédominante de compréhension),

(1) Cette inconscience du paralytique général, pour être quelque peu inconstante, n'en reste pas moins très habituelle. Il existe, d'ailleurs, bien des formes de transition entre la syphilis cérébrale, nettement localisée, et la méningo-encéphalite diffuse de Bayle (méningo-encéphalite disséminée, ou méningo-encéphalite diffuse peu ou point progressive, méningo-vascularite, etc.). Le syndrome dit paralytique peut, croyons-nous, se démembrer en plusieurs groupes cliniques, assez différents par la modalité des symptômes psychiques, notamment la conscience du pathologique, par la durée de l'affection, par l'accessibilité au traitement. (Voir : Thèse de Parant, à l'inspiration de laquelle nous avons contribué.)

où le malade se montre plus atteint dans son jugement, comme dans son écorce, à la fois plus inconscient et plus dément. De même, *l'apparition de la conscience du pathologique*, au cours d'une affection mentale, *est, en général, d'un excellent pronostic*, le meilleur signe de guérison en psychiatrie étant, comme on sait, la reconnaissance exacte de l'état morbide antérieur.

4° Valeur thérapeutique. — La « prise de conscience » du pathologique a, de même, une *vertu thérapeutique* de premier ordre. La psychothérapie consiste justement, pour grande part, à faire naître ou à redresser la conscience du pathologique. C'est pourquoi elle n'est possible et ne réussit guère que dans la mesure où les psychopathies, soumises à ce traitement, comportent, de par leur formule constitutive, la *conscience éventuelle du pathologique*. C'est dire qu'elle échoue presque nécessairement dans les états morbides *intellectuels*, en particulier dans les troubles paranoïaques (faible efficacité ordinaire de la psychothérapie dite « rationnelle ») ; elle peut agir utilement sur les troubles *mnésiques* conscients, par rééducation ; elle intervient, avec un succès parfois remarquable, dans les troubles *émotifs*, qu'elle peut calmer et discipliner, plutôt que les supprimer définitivement ; elle triomphe dans les états *imaginatifs*, en particulier dans l'hystérie, où faire connaître au sujet sa propre duperie imaginative, c'est, du même coup, et presque par définition, le guérir. Mieux que la psychanalyse freudique, à tant d'égards contestable (et dont une des erreurs consiste à croire qu'on peut guérir les troubles émotifs par la prise de conscience du pathologique, au même titre que les états imaginatifs), l'analyse psychiatrique, ou psychoneurologique, permettra de *rassurer l'émotif* et *l'asthénique* sur leurs chimères hypocondriaques (soit psychiques : peur de tomber fou, de perdre la mémoire, etc.; soit physiques : incompréhension anxieuse des troubles sympathiques, fausses interprétations des angoisses et des malaises cénesthésiques, craintes d' « angine de poitrine », d' « appendicite » et d'affections viscérales multiples). Enfin, rappelons que la conscience de l'état morbide, dans les conséquences psychopathiques lointaines de la syphilis, signifie habituellement : syphilis cérébrale plus ou moins circonscrite, et, tendant à récuser le diagnostic de paralysie générale, commande d'appliquer avec urgence le traitement spécifique.

VI. — LES IDÉES D'INFLUENCE ESSENTIELLES ET SYMPTOMATIQUES

A. — DÉLIRES D'INFLUENCE ESSENTIELS

A notre rapport sur la conscience du pathologique (1), nous pouvons rattacher nos travaux sur les *délires d'influence essentiels et symptomatiques*. Nous écrivions, à ce sujet : « Il est toute une série d'états délirants systématiques dans la genèse desquels l'hallucination, l'imagination et même l'interprétation semblent n'intervenir que d'une façon partielle ou accessoire : ce sont les psychoses par *conscience délirante de l'automatisme morbide* ». C'est alors cette « donnée immédiate » de la vie intérieure, le « sens de la liberté » de pensée et d'action qui paraît initialement atteint. Le malade éprouve des impulsions et des inhibitions, un éréthisme idéatif, verbal et moteur, dont il remarque, à la fois, l'existence et la singularité, le caractère *conscient et involontaire*, ou même contraire à sa volonté. D'où idées d'influence, de suggestion et de possession, la pensée dépersonnalisée étant considérée, de façon instinctive ou réfléchie, comme révélant l'intrusion d'une personne étrangère dans le monde intérieur, et tendant à prendre la forme d'une « hallucination psychique ».

Autrement dit, dans l'étude des psychoses systématisées, après la description des « délires hallucinatoires », avec hallucinations vraies, sensorielles ; après celle des « délires interprétatifs », avec raisonnements inexacts tirés de perceptions exactes, le plus souvent relatives au monde extérieur ; après celle des « délires imaginatifs », liés à la mythomanie; après celle, enfin, des « délires de revendication », en rapport avec un trouble systématique et passionnel de l'activité volontaire, il faut encore faire une place à part aux *délires d'influence*, nés de l'*introspection anormale* de l'automatisme psychique, avec conviction que le caractère *étrange* du phénomène intérieur trahit son origine *étrangère*. Il y a là, dans le monde intérieur, une illusion assez analogue à ce que serait, dans le monde extérieur, l'illusion

(1) Voir également LOGRE et HEUYER, Idées d'influences symptomatiques de manie (*Congrès de Strasbourg*, août 1920). Article sur la *cocaïne*, avec le professeur Dupré, dans le *Traité de médecine* des professeurs Roger, Widal, Teissier; réponse à M. Ceillier, à propos de sa communication sur « obsessions et délire d'influence » (*Soc. de clin. mentale*, 4 avril 1922) ; le livre sur les *anxieux*, p. 144 à 147 : enfin notre *communication au Congrès de Quimper* sur les « troubles psycho-moteurs ».

d'un sujet qui, entendant sa propre voix et n'en reconnaissant plus l'accent, devenu étrange à ses oreilles, la prendrait pour une voix étrangère. Si ces « délires d'introspection psychique » sont rarement exempts d'hallucinations, d'interprétations et de fabulations vraies, leur prépondérance clinique, assez fréquente, et quelquefois même leur existence exclusive nous semblent confirmées par l'expérience. Ces délires systématisés à base d'introspection psychique sont, par conséquent, à distinguer des délires à base d'hallucinations, d'interprétations, d'imagination, de revendication, etc. Il serait facile de montrer, comme l'a fait M. Lévy-Darras dans sa thèse, comme l'avait déjà fait excellemment Séglas, que ces délires d'influence, avec sentiment anormal, si particulier, de l'automatisme psychomoteur, ont une physionomie tout à fait à part. Et, comme on sait, la plupart de ces délires, malgré les troubles profonds de la personnalité consciente qu'ils impliquent, n'évoluent pas vers la démence.

***

B. — DÉLIRES D'INFLUENCE SYMPTOMATIQUES

Nous avons insisté particulièrement sur le chapitre des *délires d'influence symptomatiques :* chapitre seulement indiqué dans la thèse de Lévy-Darras (1), et dont nous avons mis en valeur, avec la conception d'ensemble, l'intérêt clinique, diagnostique et thérapeutique. Nous avons, en collaboration avec Heuyer, montré l'existence, et même la fréquence relative des idées d'influence, plus ou moins mal systématisées, au cours des *états maniaques*. Avec notre maître Dupré, nous avons signalé l'éventualité de ces idées d'influence, plus ou moins systématiques, au cours de certains *états toxiques*, en particulier dans la cocaïnomanie, dont l'éréthisme moteur subconvulsif peut, par une illusion naturelle, suggérer la croyance à l'origine étrangère de l'automatisme psychique. Nous avons vu et signalé les mêmes idées d'influence, soit passagères, au cours de l'*épilepsie*, soit, au contraire, beaucoup plus durables, et peut-être chroniques, au cours des *états asthéniques*, physiques et psychiques. Dans les *obsessions-impulsions*, MM. Séglas et Barat avaient noté la tendance aux idées d'influence quand le conflit entre les éléments dissociés de la personnalité donne naissance à l'illusion d'un conflit entre deux personnalités effectivement distinctes. M. Codet vient, tout récemment encore, de

(1) Voir également l'étude originale de DE CLÉRAMBAULT sur « l'automatisme mental et la scission du moi » (*Bull. Soc. de clin. ment.*, mai 1921).

signaler à la *Société des Annales médico-psychologiques*, un cas d'idées d'influence symptomatique de *mélancolie* (mars 1923). M. Ceillier avait présenté à la *Société de clinique mentale* (avril 1922), à propos des obsessions et du délire d'influence, un cas d'idées délirantes d'influence, datant de onze ans, chez une alcoolique dipsomane; les idées d'influence apparaissaient, dans cette psychopathie à la fois toxique et constitutionnelle, comme l'explication (1) instinctive de l'éréthisme impulsif dipsomaniaque ; or, le délire de cette malade, soumise à la diète d'alcool, a guéri. On sait aussi, depuis les travaux de Kraepelin notamment, combien sont fréquents les délires d'influence, symptomatiques de *démence précoce*, à forme dite « paranoïde ».

L'intérêt de ces délires d'introspection psychique symptomatiques nous paraît considérable. En présence de ces idées délirantes, plus ou moins systématiques, d'influence, un double danger est de croire trop facilement à l'existence soit d'une *psychose systématisée chronique*, soit d'une *hébéphrénie* au début. Or, en pareil cas, une bonne analyse psychiatrique permettra souvent de préciser le pronostic, en faisant la part des deux éléments psychopathiques, associés en une sorte de *couple* morbide : d'une part, *introspection* de la cénesthésie psychique (éréthisme, inhibition, etc.), et, d'autre part, *réactions explicatives*, du mode paranoïaque (aboutissant à l'idée que ces impressions internes anormales sont le fait d'une volonté étrangère). Dès lors, le pronostic dépend de l'importance et de la persistance de chacun des deux éléments associés. Il faut isoler et, en quelque sorte, doser séparément ces deux composantes :

a. L'élément psychopathique *inducteur* : par exemple un état maniaque, essentiellement passager ; ou un état obsédant, continu avec paroxysmes ;

(1) Il y aurait tout un chapitre à écrire sur les *états délirants* nés de l'*explication*, absurde ou, très souvent, naturelle, et même en apparence plausible, des troubles morbides, physiques et psychiques, dans les formes d'aliénation les plus variées. A côté de l'explication anormale (au moins dans notre civilisation actuelle) propre aux délires d'influence symptomatiques, nous avons cité des explications, en somme raisonnables, d'aliénés cherchant à comprendre leurs troubles si étranges : le persécuté halluciné qui entend ses ennemis sans les voir et conclut à l'existence de la « téléphonie sans fil »; l'halluciné qui, reconnaissant que ses voix sont au courant de tous ses secrets, affirme qu'on « vole sa pensée » (l'idée du vol de la pensée chez les hallucinés nous paraissant maintes fois l'effet d'une logique raisonnable plutôt qu'un prétendu signe de désagrégation de la personnalité). Tel encore l'halluciné de la cénesthésie, se sentant découpé en morceaux, mais obligé d'imaginer qu'on est venu ensuite remettre les morceaux en place ; certaines idées de grandeur chez les persécutés, expliquant ainsi la jalousie de leurs ennemis ou leur propre résistance surhumaine à des épreuves inouïes, etc. (Voir *Conscience du pathologique*, p. 10-12).

ou une asthénie nerveuse, tantôt passagère, tantôt durable ; ou une intoxication, relevant d'une cure de sevrage, etc.

b. L'élément psychopathique *induit* : réaction explicative, tantôt presque normale, chez un sujet *sans prédisposition* paranoïaque notable ; d'où espoir de guérison, si toutefois les troubles inducteurs viennent à disparaître ; tantôt, au contraire, orgueil, méfiance et déviation logique, tendance permanente à considérer les événements de la vie personnelle, intérieure ou extérieure, comme provoqués par une intervention étrangère, capacité de systématisation vésanique, bref : *disposition paranoïaque*, en général constitutionnelle. Le traitement, autant que le pronostic, peut s'inspirer de ces notions et s'attaquer, de façon diverse, selon les cas, aux éléments constitutifs du délire (psychothérapie, thérapeutique médicamenteuse, etc.).

Lorsqu'on analyse ainsi les facteurs pathogéniques des délires d'influence, on s'aperçoit à quel point il est difficile d'établir cliniquement où commencent les délires d'influence essentiels, où cessent les délires d'influence symptomatiques. Tel délire d'influence, greffé sur un fond mental qui — l'explication vésanique mise à part — serait celui d'un simple psychasthénique, évolue de façon chronique, avec « hallucinations psychiques » bien caractérisées (hyperendophasie, d'emblée conçue et ressentie comme étant d'origine externe, et qui présente, toutefois, pour le reste, les caractères habituels du « mentisme » neurasthénique). S'agit-il d'un délire essentiel chronique, ou d'un délire symptomatique chronique?

M. Codet, dans sa récente communication sur les idées d'influence au cours d'un état mélancolique, et M. Ceillier, dans sa communication sur un cas de dipsomanie à idées d'influence, ont adopté et développé nos idées personnelles sur l'existence et les rapports réciproques des éléments « inducteurs » et des éléments « induits » dans les délires d'influence symptomatiques.

VII. — CONSIDÉRATIONS SUR LES TROUBLES PSYCHO-MOTEURS

Au Congrès de Quimper, nous inspirant de nos précédents travaux sur les troubles psycho-moteurs, notamment dans l'hystérie, dans l'encéphalite léthargique, dans les psychoses d'influence, etc., nous avons exposé brièvement une *conception d'ensemble sur les troubles psycho-moteurs*, observés au cours des maladies mentales les plus variées (voir également, sur ce sujet, la

thèse que nous avons inspirée à notre interne de l'Infirmerie spéciale, M. Bernadou : *Essai sur la psycho-motricité*, Paris, 1922).

Nous avons noté qu'on peut, dans certains faits typiques, mettre en évidence, selon les cas, *trois modalités diverses de psycho-motricité*, d'après la formule particulière du psychisme et de la motricité, associés en un trouble commun, et surtout d'après le sens et la nature du *trait d'union* qui, dans les termes de trouble « *psycho-moteur* », relie l'élément psychique à l'élément moteur (analyse des éléments du couple psycho-moteur, étude de leurs rapports réciproques).

A. Parallélisme des deux sortes de troubles, psychique et moteur. — Tantôt, le trait d'union du mot psycho-moteur signifie surtout : développement des deux sortes de troubles, chacun pour leur part et sans dépendance réciproque marquée ; par exemple : *parallélisme psycho-moteur* de Dupré, notamment dans les cas de *débilité mentale*, associée à la *débilité motrice*, les deux troubles pouvant se renforcer mutuellement, mais leur existence individuelle paraissant due à des causes bien distinctes (insuffisance congénitale des zones psychiques, dans la débilité mentale ; agénésie des zones corticales motrices et du faisceau pyramidal, peut-être aussi du cervelet ou des corps striés, dans la débilité motrice et ses diverses variétés, qu'il serait intéressant de préciser et, au besoin, de dissocier).

B. Influence prépondérante du psychique sur le moteur. — Dans d'autres cas, il semble y avoir une dépendance réelle entre le trouble psychique et le trouble moteur. C'est ainsi que l'*influence du psychique sur le moteur* paraît dominer le tableau clinique, dans certains cas : c'est alors l'*élément psychologique*, en ce syndrome complexe, qui *permet de comprendre et de traiter l'élément neurologique*. Par exemple : dans l'*hystérie*, le trouble moteur n'est, comme nous y avons insisté, que l'épanouissement, la manifestation ultime d'une idée, la présentation objective de l'image d'un trouble morbide, le plus souvent d'aspect neurologique. Et cela est si vrai que l'élément sur lequel il faut alors agir, avant tout, pour obtenir la guérison, c'est le psychisme : en enlevant, par contre-suggestion, l'idée latente, on supprime, du même coup, le trouble moteur, à peu près comme on extirpe un arbre en désinsérant ses racines. Dans d'autres cas, d'interprétation plus difficile, il semble bien aussi que le trouble psychique soit à l'origine du trouble moteur et contribue à déterminer son existence en même temps que sa forme clinique : par exemple, dans certaines variétés d'*extase et de catalepsie mystiques*, certains états de rêverie « schizoïde », à la Bleuler, etc.

C. Influence prépondérante du moteur sur le psychique. — Dans

un autre groupe de faits, d'interprétation également très difficile, on saisit, au contraire, assez souvent, la *prédominance du trouble moteur* dans l'aspect du tableau morbide et dans son déterminisme pathogénique. Il est des cas de rire et de pleurer spasmodiques *pseudo-bulbaires*, où la participation psychique n'apparaît, de toute évidence, que comme une sorte de retentissement, de prolongation mentale d'une perturbation neurologique. Chez les *parkinsoniens*, la lenteur et l'inertie, l'état en grande partie figé de l'esprit se présentent sur le même type que l'aspect figé, la lenteur et l'inertie des membres ou du visage ; on en peut dire autant de l'impulsivité, si particulière, des parkinsoniens, où, jusque dans l'aspect du trouble psychique, peut se retrouver la formule et comme la marque d'origine du dérèglement moteur associé : par exemple, «tachyphémie paroxystique» (du professeur Claude), sorte de procursivité, de festination du langage, analogue à la festination de la marche, dont elle ne représente que la transposition et comme l'incursion dans le domaine psychique. De même, certaines palilalies parkinsoniennes stéréotypées, presque sans contenu idéatif, répondent, de façon assez évidente, à la transmission et l'intrusion d'un trouble, avant tout moteur, dans le psychisme, etc. ; ces états psycho-moteurs imposent au clinicien l'idée d'une incitation sous-corticale prédominantc, d'une *influence striée* par exemple, dont l'anatomie pathologique permet déjà, dans certains cas, de saisir la réalité, sinon d'entrevoir les éléments de conduction nerveuse.

Dans un groupe de faits très analogues, mais beaucoup plus complexes, comme au cours de l'*encéphalite léthargique*, on discerne encore l'influence *provocatrice*, assez évidente, du trouble moteur sur le trouble psychique, en même temps que l'anatomie pathologique révèle des lésions, plus ou moins nettes, des noyaux gris centraux. Ici encore, dans la constitution du couple psycho-moteur, c'est le neurologique, semble-t-il, qui donne, jusqu'à un certain point, la cléf du psychologique. Autant l'idée d'une incitation motrice anormale semble pouvoir, en ce cas, servir d'explication aux troubles psycho-moteurs, autant il serait peu judicieux de vouloir rendre compte, à la Freud ou à la Bleuler, des attitudes observées (catalepsie, rires, verbigérations, etc.), en faisant appel à la psychanalyse d'une rêverie subconsciente et d'un état imaginatif plus ou moins schizoïde.

Éclairé par ces notions, on peut passer plus aisément à la conception vraisemblable (mais non démontrée en l'absence de confirmations anatomiques) de l'importance des troubles moteurs et, en particulier, des incitations sous-corticales, dans beaucoup de cas de *démence précoce*, à forme *catatonique*, avec suggestibilité, négativisme, stéréotypies ; ces troubles paraissent, dans la

mesure assez faible où ils sont psychiques, n'être qu'une émergence, une prolongation ascendante du dérèglement moteur primordial vers le domaine des idées et de la volonté. Plus généralement, on perçoit, de façon assez nette, dans la catatonie, le bouleversement et comme la dislocation du couple psychomoteur normal. Qu'est-ce que le *barrage* du dément précoce, l'inachèvement, parfois si curieux, de son effort et de ses gestes, sinon la rupture ou l'imperméabilité du « trait d'union » qui joint le psychique au moteur? Et tant d'attitudes, bizarres et maniérées, les tics, les stéréotypies, bref les *impulsivités diverses, absurdes ou sans motivation saisissable*, ne donnent-elles pas à penser que l'activité motrice fonctionne, en quelque sorte, abandonnée à elle-même, sans contrôle et sans frein? que le cerveau psychique est « exclu » et comme dépossédé, au profit du cerveau moteur « en état d'automatisme » (pour employer, à propos de ce « blocage » psycho-moteur, les expressions mêmes de Handford, dans le « blocage » du cœur)? De même, enfin, les rires, les verbigérations et salades de mots semblent plus riches d'incitations motrices automatiques et stéréotypées que de contenu idéatif et affectif. Aussi, était-il naturel de chercher des lésions motrices, et en particulier striées, dans l'hébéphréno-catatonie, comme l'ont fait, semble-t-il avec succès, MM. Laignel-Lavastine et Tretiakoff.

A d'autres degrés et sous d'autres formes, on observe encore la prédominance de l'élément moteur sur l'élément psychique dans les *troubles*, avant tout *psychomoteurs*, de l'*épilepsie*. Un clinicien averti peut aisément retrouver, dans l'épilepsie psychique, les traits les mieux caractérisés de l'épilepsie motrice, avec participation très accessoire, nullement raisonnable et profondément inconsciente, de la vie psychique à l'automatisme moteur prédominant : brusque décharge explosive, motricité aveuglément brutale, agressive et panclastique, déroulement machinal, et plus ou moins stéréotypé, de mouvements, qui, même lorsqu'ils se coordonnent en chaînes régulières d'associations motrices, comportent un minimum d'aperception consciente, de finalité volontaire et de conservation mnésique. L'épilepsie mentale, c'est, pour la plus grande part de sa séméiologie, une sorte de *convulsion psycho-motrice*, où la motricité l'emporte de beaucoup sur le psychisme, où, comme dans la crise motrice, et malgré la persistance de la vie de relation, la décharge du mouvement se poursuit avec la même violence inconsciente, — où l'activité raisonnable et mnésique, malgré une certaine apparence de lucidité, reste, presque aussi totalement, dans le coma. On ne comprend pas bien l'épilepsie mentale, on n'en a pas acquis un sens clinique exact, tant qu'on n'a pas saisi le *génie moteur*, si particulier, de cette névrose, où, dans la

plupart des cas, depuis la chute avec perte de connaissance jusqu'à la fugue amnésique, *tout n'est que mouvement plus ou moins inconscient*, avec ou sans addition d'idées élémentaires incohérentes, ou automatiquement coordonnées.

Quand l'excitation psycho-motrice parvient jusqu'à la zone psychique supérieure où s'élabore le délire, elle s'y traduit d'ordinaire, — c'est presque une loi de clinique psychiatrique — sous une même forme : celle d'un *délire d'influence*, qui n'est alors que l'aboutissant intellectuel, la projection haute de troubles moteurs, plus ou moins impulsifs et incoercibles, parfois même convulsifs ou subconvulsifs (par exemple dans la manie, les obsessions et impulsions, dans l'intoxication alcoolique ou cocaïnique, dans certaines bouffées délirantes épileptiques, etc.).

Il est bien entendu, d'ailleurs, que le « parallélisme » ou les « influences réciproques» entre états psychiques et moteurs couplés, peuvent, dans certaines affections, présenter des cumuls et associations pathogéniques extrêmement complexes. Tel est, par exemple, le cas, si bien étudié par H. Meige, des *tics*, où, d'ordinaire, le déséquilibre moteur et le déséquilibre psychique semblent non seulement exister chacun de leur côté, parallèlement, mais encore entretenir, l'un avec l'autre, les échanges de mauvais procédés les plus variés et les plus subtils, en des « cercles vicieux » séméiologiques, très difficiles à rompre.

En thèse générale, on voit à quel point, pour *comprendre et traiter les accidents psychopathiques*, il peut être intéressant de reconnaître si le trouble envisagé n'est pas surtout :

1º *D'origine psychique*, ou « psychogénétique » à la Freud ; dans ce cas, c'est à l'état mental qu'il faut s'adresser surtout pour obtenir la guérison ; et ceci même quand les troubles, d'origine psychique, ont une apparence neurologique, comme dans l'hystérie.

2º *D'origine sympathique*, dû aux troubles de l'activité neuro-végétative (l'activité endocrinienne étant d'ordinaire étroitement associée à l'activité des divers centres sympathiques) ; par exemple : dans certains états émotifs et anxieux, dont le déterminisme suppose l'intervention primordiale d'un déséquilibre neuro-végétatif (cf. les délires « émotifs », de Morel), la disposition psychique n'étant, maintes fois alors, que le retentissement nerveux supérieur d'un état particulier du grand sympathique ; le malaise sympathique lui-même tantôt paraît sourdre des profondeurs de la vie végétative (émotivité spontanée), tantôt semble dépendre, pour une part, des événements, conscients ou inconscients, de la vie psychique (émotivité provoquée, impliquant souvent, d'ailleurs, une susceptibilité émotive constitu-

tionnelle). Dans ces cas, on conçoit que le traitement procède, à la fois, d'une action exercée sur le psychisme, et, avec plus de succès peut-être, sur l'activité endocrino-sympathique.

3° D'origine plus spécialement *neurologique* (ou névraxique), comme ces états psycho-moteurs dont nous venons de parler, et dans lesquels l'explication de l'état mental réside, en grande partie tout au moins, dans l'existence d'*influx moteurs anormaux* (1), de provenance corticale ou sous-corticale. C'est le neurologique alors qui aide à comprendre et permet quelquefois de traiter le psychologique (par exemple : palilalie parkinsonienne influencée par l'action du curare ; troubles mentaux épileptiques calmés par des anticonvulsifs, etc.).

VIII. — DIVERS

A. — LA CONSTITUTION NEURASTHÉNIQUE (2)

Étude, non encore tentée systématiquement, de la fatigabilité neurasthénique envisagée comme une *constitution*, une disposition congénitale, à *stigmates* neuro-psychiques habituels, avec recrudescences passagères, dues le plus souvent à des causes extérieures (fatigues, émotions, infections, etc.). Le malade est « né fatigué » ; il en a d'ordinaire une conscience assez nette ; il sait qu'il ne peut commettre un écart d'hygiène ou de régime (abus de boissons, surcharge alimentaire, sommeil insuffisant, etc.), sans le *payer*, presque à coup sûr, par de la fatigue nerveuse (il sent douloureusement la courbature de tout son système nerveux : front, vertex, nuque, colonne vertébrale, algies périphériques et malaises cénesthésiques variés, effort mental difficile, perte de sommeil, etc.) ; et la notion de l'abus n'est pas loin de se confondre pour lui, sur certains points, avec la notion même de l'usage. Parfois, sorte d'*anaphylaxie à la fatigue*, rendant les essais d'entraînement illusoires ou nuisibles. D'autres fois, curieuse *électivité*, plus ou moins

(1) Nous avons publié, avec notre maître Séglas un cas de « *Torticolis mental, aspect parkinsonien* », dans lequel il était très difficile de décider, au cours d'un syndrome où un aspect parkinsonien s'unissait à un délire hypocondriaque très complexe, si le tableau clinique était d'origine psychogène ou neurogène ; il nous avait paru qu'il s'agissait d'une sorte de Parkinson mental associé au torticolis mental, tous deux d'origine psychogène, délirante.

(2) Voir *Les Anxieux*, chapitre de l'anxiété neurasthénique. *La Conscience du pathologique*, chapitre de la conscience dans les états neurasthéniques. Et : *La constitution neurasthénique* (à paraître).

exclusive, à certaines formes de fatigue (cérébrale, sexuelle, digestive, défaut de sommeil, etc.). Après une épreuve plus marquante (préparation d'examens; perte d'un être cher, soigné avec dévouement ; déception sentimentale, etc.), la neurasthénie franche (la seule qu'on décrive dans les traités, à la suite de Beard) peut se constituer. Le sujet a recours, dans la vie ordinaire, à des *moyens de défense* assez particuliers : restrictions systématiques d'activité et de régime, par préoccupation hypocondriaque. Le médecin doit lui apprendre à faire mieux le départ entre ce qu'il peut et ce qu'il ne peut pas, bref, à mieux gérer son capital nerveux en déficit. A noter l'association de l'émotivité et de la fatigabilité : c'est la *constitution émotivo-asthénique*, si fréquente. L'intervention de la *débilité surrénale* paraît probable, bien que, la fatigabilité mise à part, les autres signes d'insuffisance surrénale manquent assez souvent (hypotension, pigmentations, etc.), et que la médication surrénale n'ait pas toujours une efficacité bien nette ; le repos, le grand air, la vie à la campagne sont autrement héroïques. Dans un assez grand nombre de cas, on retrouve, à l'origine de ces asthénies constitutionnelles, des syphilis héréditaires de deuxième ou troisième génération. Il faut éliminer soigneusement, pour le diagnostic, les étiologies acquises, susceptibles de déterminer des asthénies durables : bacillose, appendicite chronique, syphilis, artériosclérose, atteintes surrénales, etc.

Critique de la psychasthénie. — Nous avons, à propos de ces syndromes asthéniques, *discuté la doctrine de la psychasthénie*, qui répond à un tableau clinique beaucoup plus général que celui de la neurasthénie psychique, et, à notre avis, *trop extensif*. La plupart des déséquilibrés — qui ont une conscience, aiguë et douloureuse, de leurs tares psychopathiques — s'analysent sans cesse ; et, par une *introspection*, qui accentue ou crée en partie les malaises observés, ils remarquent leur émotivité, leur mentisme, leur aboulie, leurs agitations et dérivations viscérales, leur incapacité d'aboutir à des états d'âme satisfaisants, achevés et efficaces, leurs doutes, leur insécurité, leur sens défaillant du réel, leurs impressions d'incomplétude et d'étrangeté, de dépersonnalisation, etc. D'où une séméiologie psychologique particulière, si finement, si profondément analysée et fouillée par M. P. Janet ; mais il faut se garder de confondre avec une espèce morbide, sous le nom de « psychasthénie », cet ensemble de *conditions psychologiques communes* qu'on rencontre dans un grand nombre d'affections mentales, prédisposant à l'introspection ; quand on a dit : « psychasthénie », *le diagnostic psychiatrique véritable reste à poser* et peut, d'ordinaire, se préciser très utilement (un peu comme quand on a dit, en pathologie générale : état de faiblesse physique);

et l'on s'aperçoit alors qu'on est en présence soit d'une psychonévrose anxieuse, avec ou sans phobie, obsessions et impulsions; soit de neurasthénie vraie, avec fatigabilité prédominante; soit de dépression psychique intermittente, et de cyclothymie ; soit d'états confusionnels légers, ou même de démence précoce au début, etc.

***

B. — PSYCHOSES A PRÉDOMINANCE OLFACTIVE

Nous avons insisté, à différentes reprises, sur les états délirants dans lesquels un élément provocateur (moteur, sensitif ou sensoriel) sollicite et favorise la construction vésanique : nous rappellerons, à cet égard, l'observation, publiée avec Terrien, sous le titre de « Psychose hallucinatoire chronique à prédominance olfactive » (*Soc. de psych.*, novembre 1913). Le délire paraissait, en l'absence de tendance paranoïaque bien nette, se ramener, presque tout entier, à l'*explication des mauvaises odeurs* qui importunaient sans cesse la malade, dont l'odorat avait toujours été, d'autre part, trés susceptible. Nous avons observé deux fois, depuis lors, des délires surtout olfactifs, répondant à ce même type clinique, assez curieux (moyens de défense particuliers et pittoresques). A propos de ces psychoses, où l'hallucination, au lieu de surgir comme l'expression d'une idée morbide préconçue, intervient plutôt comme une réaction intellectuelle secondaire et provoquée, on peut se demander si la suppression des sensations anormales, dans la mesure où elle serait possible, n'aurait pas quelque influence favorable sur l'évolution du délire (folies « sensorielles »).

***

C. — LA NOTION DE TERRAIN, EN PATHOLOGIE GÉNÉRALE ET EN PATHOLOGIE MENTALE (1)

Travail destiné à montrer qu'à travers les multiples notions des idiosyncrasies et des immunités, de l'anaphylaxie et de l'hémoclasie, des troubles endocriniens et vago-sympathiques, des perturbations et déséquilibres de la formule humorale et colloïdale, on revient toujours, en fin de compte, à une

(1) Prêt à l'impression.

même conception centrale : celle d'un « déséquilibre » des constantes et des régulations organiques, d'une *réactivité anormale et permanente*, le plus souvent innée, *du système nerveux* en général et, plus particulièrement, du système *neuro-végétatif*. Ainsi, grâce aux travaux de Bouchard, de Brown-Séquard, de Richet, de Widal, d'Eppinger et Hess, de Claude, etc., le mystère des constitutions morbides commence à s'éclaircir quelque peu, pour le plus grand profit de la psychiatrie, où triomphe la pathologie constitutionnelle. (On verra plus loin un « essai de thérapeutique », fondé sur ces notions nouvelles.)

***

D. — LA PSYCHOLOGIE DU MALADE

Dans le *Traité de médecine* des professeurs Roger Widal et Teissier, où nous avons décrit, à l'usage des praticiens, en une langue aussi courante, aussi peu technique, aussi claire que possible, les « grands syndromes psychiatriques », nous avons consacré un chapitre original à la *psychologie du malade*.

Ce sujet, non encore traité de façon systématique, comporte, à la fois, l'étude des réactions psychiques éventuelles du malade envers son médecin, envers sa maladie et envers son traitement. Nous avons ainsi résumé, en quelque sorte, la « psychiatrie obligatoire du praticien », celle qu'il est tenu de connaître, parce qu'il l'applique chaque jour, consciemment ou non, ayant — autant et plus qu'à traiter des maladies organiques — à rassurer des anxiétés, à rectifier des raisonnements faux, à contenir des imaginations déréglées. Et nous avons montré l'importance de la notion clinique des « *constitutions* » psychopathiques pour l'exercice de la médecine courante : *a.* notion de l'*anxiété*, surtout à détermination hypocondriaque, avec sa crainte chimérique des maladies, souvent sa phobie ou sa manie des médicaments, sa sensibilité particulière à l'action rassurante du médecin, mais aussi sa suggestibilité pessimiste extrême, ses préoccupations, son désespoir, de conséquence parfois très graves, quand le médecin n'a pas, dans son examen, dans la conception et l'énoncé de son diagnostic, su faire la part de l'émotivité morbide (crainte des faux angor, de fausses appendicites, etc., avec ou sans suggestion du médecin) ; *b.* notion de la *tendance paranoïaque*, avec méconnaissance hostile de l'entourage, méfiance du médecin, possibilité des revendications, des délires systématiques et interprétatifs, dont le médecin et le chirurgien deviennent assez souvent les victimes ; formule clinique, très particulière, de

ces délires, mais très souvent ignorée des intéressés, pour leur plus grand dommage ; danger de l'érotomanie, de l'amour maladif du médecin, plus fréquent encore depuis la pratique des méthodes freudiques ; *c.* notion de la *constitution mythomaniaque*, avec ses multiples inconvénients pour la recherche des antécédents et pour l'exploration objective des symptômes, l'éventualité de la contrefaçon volontaire (simulation) ou inconsciente (hystérie) des accidents pathologiques ; *d.* notion des *perversions instinctives*, en particulier des *toxicomanies*, leur diagnostic d'existence et de degré pouvant seul régler, de façon logique et précise, l'administration des toxiques susceptibles d'entraîner l'accoutumance et l'état de besoin. Au total, quelle que soit la maladie en cause, on devine à quel point le tableau clinique peut se trouver modifié par l'intervention de ces constitutions morbides, dont les indications thérapeutiques dépendent, elles aussi, très étroitement, et combien le médecin praticien doit être, en toute occasion, non seulement un psychologue pénétrant et judicieux, mais, au sens véritable et étymologique du terme, un « psychiatre ».

IX. — MÉDECINE LÉGALE

Nous nous contenterons de rappeler les considérations médico-légales développées à propos de la « presbyophrénie », des « délires d'imagination », des « toxicomanies », notamment des intoxications opiacée et cocaïnique, des rapports des toxicomanies et des « perversions instinctives » en général avec les « paroxysmes dépressifs » de la psychose intermittente, de l' « anxiété de guerre » et de ses conséquences médico-légales militaires, si importantes, en ce qui concerne surtout la « fugue aux armées », avec abandon de poste et désertion, etc.

***

Responsabilité médico-légale.

Dans un travail (résumant l'esprit de notre enseignement à l'Institut de médecine légale) sur la *responsabilité médico-légale*, nous avons tenté de montrer que la notion de responsabilité se ramène avant tout à une question de *sociologie pratique*. Le magistrat, qui punit, et l'aliéniste, qui soigne

et interne, se partageant la tâche de protéger la société contre les attentats à l'ordre public et à la sécurité des personnes, il s'agit de savoir *à la compétence de qui* appartient l'exercice de la défense sociale envers un sujet déterminé. S'il n'y avait que des aliénés et des hommes sains, il n'y aurait que des responsabilités ou des irresponsabilités totales, et la question de la responsabilité n'aurait jamais fait l'objet de débats si âpres et controversés, avec ou sans considérations métaphysiques. Mais, entre la juridiction du magistrat qui punit l'homme sain et la compétence du psychiatre qui soigne l'aliéné, il existe, en pratique, un hiatus, une zone vague et mitoyenne, où la protection sociale n'est assurée, de façon certaine, ni par le magistrat, ni par le médecin : c'est celle où évolue si dangereusement le « demi-fou », presque aussi insaisissable aux prises du médecin qu'à celles du magistrat. La notion de la « responsabilité atténuée » n'est pas, dans la majorité des cas, une solution heureuse, mais plutôt une aggravation de la difficulté : car elle aboutit logiquement à diminuer la sanction pénale à l'égard d'un individu qui ne relève guère d'un traitement médical et dont les tendances, d'autant plus redoutables, devraient faire, au contraire, l'objet de mesures de protection plus énergiques. Comment combler cet hiatus, cette lacune? Contrairement à ce qu'on dit trop souvent, il ne sert de rien de déclarer au magistrat que le sujet, partiellement malade du point de vue psychiatrique, n'en n'est que plus dangereux du point de vue social. C'est se méprendre sur la *psychologie du magistrat*, qui ne condamnera jamais à des peines plus fortes, sous prétexte qu'il est quelque peu malade, un sujet dont le sort est subordonné à son esprit de justice en même temps qu'à son souci de protection sociale. On a proposé des solutions parlementaires et « architecturales » (le mot est de G. Ballet): vote de lois spéciales, construction d'asiles de buveurs, d'épileptiques, de criminels-nés, etc. Solutions peut-être souhaitables, mais assurément lointaines. Dans l'*état actuel* de la législation, l'attitude la meilleure, de la part du médecin comme du magistrat, nous paraît être la suivante, car elle leur permettra d'arriver, tout en se comprenant l'un l'autre (ce qui est loin d'être la règle), à protéger la sécurité sociale, sans méconnaître les exigences d'une exacte justice individuelle : le médecin ne doit considérer comme *morbides* que les syndromes relevant franchement de ses soins ou de l'internement ; les autres dispositions d'esprit, par exemple celle des pervers instinctifs, quoique décrites dans les traités de pathologie, n'ont cependant rien d'accessible, dans la grande majorité des cas, à l'intervention bienfaisante de la psychothérapie ou d'une thérapeutique médicale quelconque ; le magistrat, dont la répression pénale, — l'idée de maladie étant écartée — peut se proportionner

au danger du malfaiteur, est, au contraire, beaucoup mieux armé pour prévenir le retour des délits et des crimes, soit par des sanctions intimidantes, soit par des emprisonnements durables soit enfin par la relégation. Aussi, pour appliquer à ces cas le traitement le plus approprié à la psychologie du coupable comme à la défense de la société, conviendra-t-il, quand le sujet n'appartient pas à l'aliéniste en raison d'un état morbide bien caractérisé, de poser le diagnostic, non de folie ou de « demi-folie », terme bien contestable, mais de doser les tendances nocives du sujet et de les soumettre, en les appelant par leur nom qui est celui d'un vice et non d'une maladie, à la répression du magistrat, conformément aux textes de la loi. Pour parler de la psychologie du voleur, par exemple, n'évoquer qu'à bon escient la pathologie du kleptomane, du voleur obsédé et impulsif, d'observation à vrai dire si rare ; de même, en thèse générale, à propos des ivresses et toxicomanies, ne retenir, comme excuses légales, que les faits où l'intoxication volontaire a provoqué des accidents, franchement psychopathiques, de délire, d'hallucination et de démence, etc. Cette manière de voir nous paraît, dans les conditions actuelles de la protection sociale, à la fois la plus utile et la plus logique ; elle aide à loger, dans un des deux seuls tiroirs disponibles (judiciaire ou psychiatrique), des dossiers qu'il faudrait avoir, sans doute, plus de tiroirs pour classer de façon tout à fait adéquate.

C'est dire que cette méthode, cette orientation médico-légale ne doit être considérée que comme un compromis, un pis-aller. On ne peut pas toujours entièrement combler la fissure, l'hiatus, que nous avons signalés entre la compétence judiciaire et psychiatrique. Malgré l'indulgence souvent excessive du magistrat, c'est du côté de la psychiatrie que la défense sociale est, sans aucun doute, le plus mal assurée. Il y a des psychopathies franches, mais passagères, rapidement curables ou même déjà guéries au moment de l'examen médico-légal, et contre lesquelles le psychiatre est pratiquement désarmé (*delirium tremens*, qui guérit vite à l'asile, mais qui récidive à plus ou moins brève échéance ; épilepsie mentale, laissant le malade calme et lucide dans l'intervalle d'accès souvent trop espacés pour justifier un internement continu, et pourtant très dangereux, souvent même homicides, etc.). Il faudrait élargir, — tout en l'adoucissant — ce qu'on pourrait appeler la *détention psychiatrique*, aux fins de *prophylaxie sociale*.

X. — ESSAIS DE THÉRAPEUTIQUE

Nous avons, parmi les premiers, tenté de mettre à profit les récentes acquisitions thérapeutiques de la médecine générale et de la physiologie : *a. thérapeutique par le choc*, et *b.* thérapeutique, presque entièrement nouvelle, inaugurée par nous, avec Santenoise, en pathologie mentale constitutionnelle : *thérapeutique préventive antivagotonique* dans les psychoses dont les prodromes s'accompagnent d'un état vagotonique, qui ne semble pas sans action, déterminante ou favorisante, sur le développement du trouble mental.

A. — *Thérapeutique par le choc.*

En fait de thérapeutique par le choc, nous avons eu recours à un procédé, assez inédit, et qui présente quelques avantages appréciables : *vaccination antityphoïdique* (de préférence pratiquée en une seule fois, chez des sujets sans tare organique, afin de provoquer un choc suffisant). Nous avons observé ainsi trois cas d'amélioration très nette d'états anxieux, à prédominance d'*angoisse* (surtout d'angoisse cardiaque). Le choc paraît agir surtout dans le *décours* des périodes dépressives ou anxieuses, dont il a quelque chance de brusquer la terminaison. La répétition des injections nous a semblé plutôt nuisible, comme si la seconde injection, à huit jours d'intervalle, favorisait le retour des troubles que la première injection avait suspendus. Quand cette thérapeutique échoue, — ce qui est le cas le plus fréquent, — on a du moins rendu, même alors, un service au malade en le vaccinant contre une maladie grave; et cette thérapeutique est, pour le même motif, particulièrement aisée à faire accepter du patient et des familles.

B. — *Thérapeutique préventive antivagotonique* (LOGRE ET SANTENOISE, *Congrès de Quimper*, août 1922).

Persuadé que les récentes acquisitions biologiques (anaphylaxie, hémoclasie, états vago et sympathicotoniques, etc.) pourraient donner, en psychiatrie comme en médecine générale, des résultats intéressants pour la cure préventive de certaines crises, semblant en rapport avec des dispositions morbides constitutionnelles et des réactions paroxystiques neuro-

végétatives (asthme, migraine, urticaire; psychose intermittente, etc.), nous avons contribué personnellement à orienter le Dr Santenoise, notre interne à l'Infirmerie spéciale, vers le choix de son sujet de thèse (De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système organo-végétatif dans la folie intermittente, Paris, 1922). Nous lui avons conseillé de faire porter tout particulièrement ses recherches sur les cas de *psychoses intermittentes à périodicité* aussi régulière que possible ; il nous semblait intéressant surtout d'étudier la formule sanguine, et, plus généralement, les réactions neuro-végétatives dans la période *prodromique*, où les intermittents éprouvent parfois un sentiment si curieux de malaise ineffable ; c'est à ce moment, avant la crise, que se déroulent, pensions-nous, les manifestations décisives, mais occultes, dont dépend le déchaînement ultérieur de la crise (séméiologie « occulte » préparatoire, comme dans l'asthme, l'urticaire, la migraine, l'épilepsie, d'après les travaux de Widal, Pagniez, Wallery-Radot, etc.). Les recherches entreprises par Santenoise lui montrèrent, dans un grand nombre de cas, que le paroxysme maniaque ou mélancolique est précédé d'une *ascension vagotonique progressive* (accroissement du réflexe oculo-cardiaque, pris à jeun, apparition d'hémoclasie digestive, etc.). Nous avions nous-même, dès la fin de 1921, nous reportant aux travaux de Widal et Abrami (prévention de certaines crises hémoclasiques par l'atropine et l'adrénaline), inauguré un traitement préventif par la belladone (XXV gouttes par jour) et l'adrénaline (XXX gouttes par jour) chez un intermittent à périodicité singulièrement régulière et ancienne (éclosion d'accès mélancoliques d'une durée d'environ six mois, tous les ans, à la même époque, depuis dix-huit ans, sans que jamais le décalage du début de la crise eût dépassé un mois). Ce traitement préventif, mis en œuvre dans les trois mois qui précédaient l'apparition, pratiquement certaine, de cette crise à date fixe, a donné — à notre surprise, nous l'avouons — les résultats suivants : *retard* de trois mois dans l'apparition de la crise ; *atténuation* très notable de celle-ci, le malade ayant pu continuer à aller et venir et à s'occuper de quelque peu, tandis qu'il restait enfermé chez lui, et le plus souvent alité, pendant les crises précédentes ; enfin *abréviation* de la crise : trois mois au lieu de six. Ce traitement préventif a été recommencé, cette année, dans les mêmes conditions (avec addition intermittente de 0gr,05 de luminal par jour, selon l'état du réflexe oculo-cardiaque, dont on a suivi l'évolution par des graphiques ; la crise semble devoir être très analogue à celle de l'année précédente : ébauche de dépression en avril, sans interruption complète des occupations professionnelles).

Nous n'aurions pas publié ce résultat isolé, quoique, semble-t-il, démonstratif

par comparaison avec un long passé de périodicité régulière ; mais, après nous, et avec notre conseil, Santenoise avait tenté un traitement préventif, inspiré des mêmes idées : gardénal, administré à la dose de 0gr,50 à 1 gramme, dans les jours qui précédaient les crises d'une intermittente, à périodicité remarquablement régulière (accès maniaques de quelques jours, survenant environ tous les quinze jours) ; et cette première tentative avait donné à notre collègue des résultats exactement *superposables* aux nôtres : retard, atténuation, abréviation incontestables de la crise.

Nous faisions observer qu'une telle médication — quel que soit son processus physiologique exact — paraissait avoir agi sur le *déterminisme intime des phénomènes* en modifiant l'éclosion même et la *courbe évolutive* de la crise, et nous l'opposions à une thérapeutique banale qui se contenterait — comme peuvent faire l'opium ou le bromure — de masquer l'apparition et le déroulement des symptômes. On ne pouvait la comparer, au contraire, qu'à l'« action empêchante » d'une injection d'atropine sur le déchaînement de certaines crises d'asthme.

Ces observations, si leur signification thérapeutique se trouve confirmée par des recherches assez nombreuses, marqueraient, sans aucun doute, une date importante dans l'histoire du traitement des affections mentales constitutionnelles : c'est la première fois qu'on aurait vu le déterminisme, jusqu'alors inflexible, des récidives maniaques ou dépressives céder quelque peu sous l'effort d'une thérapeutique médicamenteuse ; — thérapeutique en grande partie nouvelle et, sinon spécifique, du moins plus spéciale que le choc à tout faire, qui a déjà remarquablement réussi dans quelques cas isolés d'épilepsie anaphylactique (Pagniez). Ce serait une conquête à l'actif de cette psychiatrie biologique, encore assez pauvre en résultats positifs, mais de laquelle on peut, semble-t-il, beaucoup attendre pour la thérapeutique psychiatrique de l'avenir.

TABLE DES MATIÈRES